STAATSCOURANT
Officiële uitgave van het Koninkrijk der Nederlanden sinds 1814.
Nr. 18171
7 juli
2015

Gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg

REGELING NR/CU-562
Vastgesteld op 9 juni 2015

Ingevolge artikel 27, 36, 37 en 38 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), is de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) bevoegd tot het stellen van regels op het gebied van gespecialiseerde GGZ.

Inhoud

1. Inleiding

1.1 Reikwijdte

Deze regeling is van toepassing op geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (GGZ) als omschreven bij of krachtens de Zorgverzekeringswet (Zvw), niet zijnde generalistische basis GGZ, hierna verder aangeduid als gespecialiseerde GGZ.

1.2 Doel van de regeling

Het doel van deze regeling is het stellen van voorschriften voor de gespecialiseerde GGZ op het gebied van registratie, declaratie, informatie en validatie die zorgaanbieders in acht moeten nemen bij én voorafgaand aan het declareren van DBC's, ZZP's GGZ en OVP's.

1.3 Begripsbepalingen

In deze regeling wordt verstaan onder:

a. *afwezigheidsdagen:* dagen waarop een patiënt die verblijft bij een instelling, op basis van DBC of ZZP GGZ, afwezig is;
b. *AGB-code:* unieke code die aan een zorgaanbieder is toegekend. Met deze code kan de zorgaanbieder en de praktijk of de instelling worden geïdentificeerd;
c. *algemeen indirecte tijd:* patiëntgebonden tijd, maar de tijd heeft geen betrekking op de uitvoering van een directe behandelactiviteit. Algemeen indirecte tijd wordt geregistreerd bij een multidisciplinair overleg of bij de eindverslaglegging van een behandeltraject;
d. *audit-trail:* zodanige vastlegging van gegevens dat het spoor van basisgegeven naar eindgegeven en omgekeerd achteraf door een externe accountant of, afhankelijk van de aard van de gegevens door de medisch adviseur, kan worden gevolgd en gecontroleerd;
e. *basispakket:* de zorg behorend tot het verplicht verzekerd pakket op grond van de Zvw;
f. *behandelaar DBC:* zorgaanbieder die op de DBC-beroepentabel voorkomt en activiteiten, verrichtingen en deelprestaties verblijf kan registreren. Een behandelaar kan tevens een hoofdbehandelaar zijn;
g. *crisis-DBC:* een crisis-DBC wordt geopend in een acute situatie die direct ingrijpen noodzakelijk maakt teneinde direct gevaar voor de persoon of de omgeving af te wenden, dan wel om ernstige overlast te beëindigen. De acute situatie kan het gevolg zijn van een geestesstoornis d.w.z. een ernstige stoornis van het oordeelsvermogen, in het bijzonder een psychotische toestand waarbij het handelen voortkomt uit hallucinaties of waanvoorstellingen, acute dreiging van suïcide of ernstige verwardheid als gevolg van een organische hersenaandoening. Alleen instellingen met een 24-uurs crisisdienst met een regionale functie mogen een crisis-DBC openen;
h. *dagbesteding:* het bevorderen, behouden of compenseren van de zelfredzaamheid van de patiënt. Dagbesteding vindt altijd plaats in het kader van de (psychiatrische) behandeling en is terug te vinden in het behandelplan van de patiënt. Onder dagbesteding wordt niet verstaan:
– een reguliere dagstructurering die in de woon-/verblijfssituatie wordt geboden;
– een welzijnsactiviteit zoals zang, bingo, uitstapjes en dergelijke.
i. *DBC:* Diagnose Behandeling Combinatie;
j. *DBC-dataset:* de gegevens die verzameld en aangeleverd moeten worden conform de Regeling ‘Verplichte aanlevering minimale dataset gespecialiseerde GGZ’;
k. *DBC-tarief:* het bedrag dat per DBC in rekening wordt gebracht conform de algemene tariefbeschikking DBC GGZ;
l. *DBC-traject:* de gehele periode waarin alle activiteiten (openen / typeren / registreren / sluiten van één DBC) in het kader van de behandeling van een patiënt worden uitgevoerd;
m. *DBC-zorgproduct:* een DBC omvat het traject dat een patiënt doorloopt als hij zorg nodig heeft voor een specifieke diagnose, vanaf het eerste contact bij een gespecialiseerde GGZ-aanbieder tot en met de behandeling die hier eventueel uit volgt. De DBC vormt de basis voor de declaratie van deze geleverde zorg;
n. *deze regeling:* de voorliggende regeling ‘gespecialiseerde GGZ’;
o. *direct patiëntgebonden tijd:* de tijd waarin een behandelaar, in het kader van de diagnostiek of behandeling, contact heeft met de patiënt of met familieleden, gezinsleden, ouders, partner of andere naasten (het systeem) van de patiënt. Hier valt face-to-face, telefonisch en elektronisch contact via e-mail of internet onder (chatten, Skype etc.);
p. *hoofdbehandelaar:* de hoofdbehandelaars in de gespecialiseerde GGZ zijn BIG-geregistreerd en hebben een GGZ-specifieke opleiding gevolgd te weten: psychiater, klinisch psycholoog, klinisch neuropsycholoog, psychotherapeut, specialist ouderengeneeskunde, verslavingsarts in profielregister KNMG, klinisch geriater, verpleegkundig specialist GGZ en GZ-psycholoog. De Minister heeft deze beroepen aangewezen als hoofdbehandelaar;
q. *hoofdgroepen:* DSM-IV diagnosetyperingen zijn ingedeeld in hoofdgroepen. Er zijn in totaal 14 hoofdgroepen;
r. *indirect patiëntgebonden reistijd:* de tijd die de behandelaar besteedt aan het reizen van en naar de patiënt die buiten de instelling behandeling, begeleiding of verpleging ontvangt;
s. *indirect patiëntgebonden tijd:* de tijd die de behandelaar besteedt aan zaken rondom een contactmoment (de direct patiëntgebonden tijd in het kader van de diagnostiek of behandeling), maar waarbij de patiënt (of het systeem van de patiënt) zelf niet aanwezig is. Onder indirect patiëntgebonden tijd valt bijvoorbeeld: het voorbereiden van een activiteit, verslaglegging in het kader van een activiteit of hersteltijd na een intensieve behandelsessie. Puur administratieve taken (zoals het maken van een afspraak) vallen niet onder indirect patiëntgebonden tijd;
t. *initiële DBC:* een DBC die wordt geopend voor een eerste of nieuwe primaire zorgvraag van een patiënt. De initiële DBC is altijd de eerste DBC in een zorgtraject;
u. *lekenomschrijving:* ten behoeve van patiënten in niet-medische terminologie verklarende omschrijving van het in rekening gebrachte DBC-tarief;
v. *nevendiagnose:* als overige stoornissen zorgverzwarend werken kunnen deze worden geregistreerd als nevendiagnosen;
w. *niet-patiëntgebonden activiteiten:* activiteiten zoals scholing, algemene vergaderingen, intervisies over het functioneren van collega’s, productontwikkeling en het lezen van vakliteratuur;

x. *onderlinge dienstverlening:* de zorg als bedoeld in artikel 1 van de Wmg, die door een zorgaanbieder wordt verleend als onderdeel van een door een andere zorgaanbieder uit te voeren prestatie op het gebied van gespecialiseerde GGZ. De eerstgenoemde zorgaanbieder wordt in dit kader aangeduid als ‘uitvoerende zorgaanbieder’. De laatstgenoemde zorgaanbieder wordt in dit kader aangeduid als de ‘opdrachtgevende zorgaanbieder’;
y. *opeenvolgende zorgtrajecten:* er is sprake van verschillende diagnoses waarvan één diagnose het meest dringend is. Er is dan sprake van één primaire diagnose en meerdere nevendiagnoses in een opeenvolgend zorgtraject;
z. *overige deelprestatie:* een deelprestatie binnen de DBC-systematiek. Een overige deelprestatie is niet hetzelfde als een overig product;
aa. *overig product (OVP):* vormen van zorg die onder de reikwijdte van de Wmg vallen, maar die zich (nog) niet lenen voor onderbrenging in de reguliere DBC-productstructuur of de ZZP GGZ-zorgproducten. Een overig product is niet hetzelfde als een overige deelprestatie;
bb. *parallelle DBC zorgtrajecten:* hier is sprake van als er verschillende diagnoses zijn met een gelijkwaardig belang waarbij de hoofdbehandelaar substantieel verschillende behandelingen in moet zetten. De hoofdbehandelaar dient te kunnen verantwoorden dat er substantieel verschillende behandelingen ingezet worden;
cc. *patiëntgebonden activiteiten:* activiteiten die een behandelaar uitvoert in het kader van de diagnostiek en behandeling van een patiënt;
dd. *prestatiebeschrijving:* een prestatiebeschrijving is een gedetailleerde beschrijving van de prestatie die geleverd wordt. De prestatiebeschrijvingen van de DBC’s, ZZP’s GGZ en OVP’s zijn opgenomen in de bijlage van de beleidsregel Prestaties en tarieven gespecialiseerde GGZ;
ee. *primaire diagnose:* de hoofdbehandelaar geeft per zorgtraject aan welke van de geregistreerde stoornissen op as I en/of as II de reden voor behandeling is. Dit wordt de primaire diagnose genoemd;
ff. *toeslagen:* een toeslag die in combinatie met een ZZP GGZ afgesproken kan worden;
gg. *verblijfsdag DBC:* hierbij gaat het om een ‘kale verblijfsdag’. In het tarief van de verblijfprestatie is wel de verpleging en verzorging meegenomen, maar niet de behandeling;
hh. *vervolg-DBC:* een DBC die volgt op een initiële DBC of een voorgaande vervolg-DBC. Een vervolg-DBC heeft altijd dezelfde primaire diagnose als de eerder afgesloten initiële DBC of vervolg-DBC;
ii. *WTZi-zorgaanbieder:* Zorgaanbieder die op basis van de WTZi een toelating heeft om zorg te leveren binnen de Zorgverzekeringswet
jj. *zorgtraject:* een initiële DBC, met eventueel één of meerdere vervolg-DBC’s, vormt het zorgtraject. Een zorgtraject omvat de totale zorg die wordt geleverd in het kader van de behandeling van één primaire diagnose;
kk. *zorgtype:* het zorgtype beschrijft de reden van het (eerste) contact tussen de zorgaanbieder en de patiënt;
ll. *zorgvraagzwaarte (DBC):* de patiëntkenmerken die bij aanmelding/intake voorspellend zijn voor wat betreft de zorgzwaarte in termen van behandelinzet (duur, setting, behandelminuten) en zorgkosten;
mm. *zorgvraagzwaarte-indicator (DBC):* indicator van de zorgvraagzwaarte van een patiënt. Deze indicator bestaat uit zeven items van 001 tot en met 007. Daarbij is 000 de code indien er geen zorgvraagzwaarte afgeleid kan worden, bijvoorbeeld wanneer de diagnose niet is ingevuld. De laagste complexiteit van zorgvraagzwaarte wordt aangegeven met code 001. De hoogste complexiteit van de zorgvraag wordt weergegeven met 007;
nn. *ZZP:* zorgzwaartepakket;
oo. *ZZP GGZ-zorgproduct (ZZP GGZ):* Een ZZP GGZ is een volledig pakket van intramurale geestelijke gezondheidszorg met behandeling dat aansluit op de kenmerken van de patiënt en de soort zorg die de patiënt nodig heeft. Een ZZP GGZ bestaat uit een beschrijving van het type patiënt (een patiëntprofiel), het aantal uren zorg dat bij dit patiëntprofiel beschikbaar wordt gesteld en een beschrijving van die zorg. Het betreffen de volgende prestaties: ZZP’s GGZ B3 t/m B7 inclusief en exclusief dagbesteding en ZZP GGZ Klinische Intensieve Behandeling (KIB).

1.4 Opbouw regeling

Er bestaan drie typen zorgprestaties in de gespecialiseerde GGZ:
a. DBC-zorgproducten (DBC);
b. ZZP GGZ-zorgproducten (ZZP GGZ) en
c. Overige producten (OVP).

In deze regeling wordt per type zorgprestatie beschreven welke voorschriften gelden. In hoofdstuk 2: Algemene bepalingen wordt beschreven hoe de samenloop en afbakening tussen de verschillende typen prestaties is. Verder staan hier alle voorschriften die voor alle zorgprestaties gelden. In hoofdstuk 3, 4 en 5 staan per type zorgproduct specifieke voorschriften

2. Algemene bepalingen

2.1 Afbakening

Gespecialiseerde GGZ omvat geneeskundige geestelijke gezondheidszorg als omschreven bij of krachtens de Zvw, behalve de generalistische basis-GGZ. Dit omvat behandeling al dan niet gepaard met verblijf.

De gespecialiseerde GGZ die geleverd wordt en valt binnen de kaders van het basispakket wordt in beginsel bekostigd middels een DBC of ZZP GGZ. In enkele specifieke gevallen, en op het moment dat GGZ wordt geleverd die niet binnen het basispakket valt, moet een OVP voor de geleverde zorg in rekening worden gebracht.

Verblijf gericht op behandeling valt onder de Zvw totdat sprake is van totaal 1.095 dagen aaneengesloten verblijf met behandeling. Voor de berekening of sprake is van 1.095 dagen gaat het zowel om verblijf gericht op GGZ (onder de Zorgverzekeringswet)[1] als om verblijf in het kader van een somatische behandeling.

Na deze 1.095 dagen intramurale behandeling met verblijf wordt de zorg niet verder bekostigd onder het regime van de Zvw.

Bij de telling van aaneengesloten verblijf wordt een onderbreking van ten hoogste 30 dagen niet als onderbreking beschouwd, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de 1.095 dagen. In afwijking van het voorgaande geldt dat onderbrekingen wegens weekend- en vakantieverlof wel mee tellen voor de berekening van de 1.095 dagen. Voor enkele specifieke bepalingen over de telling, in het bijzonder ten aanzien van het registreren en in rekening brengen van deze dagen, wordt verwezen naar paragraaf 4.1 en 4.2 (registratie- en declaratiebepalingen zorgzwaartepakketten) van deze regeling.

2.2 Bekostigingsonderscheid DBC versus ZZP GGZ

Op het moment dat een patiënt wordt doorverwezen naar de gespecialiseerde GGZ en hier in behandeling wordt genomen, wordt een DBC GGZ-zorgproduct geopend. Op het moment dat er sprake is van 365 aaneengesloten dagen verblijf gericht op behandeling, wordt vanaf de 366e dag tot en met de 1095e dag de langdurige intramurale op behandeling gerichte GGZ bekostigd middels een ZZP GGZ.

2.3 Samenloop DBC, ZZP GGZ en OVP

Een zorgaanbieder mag niet tegelijkertijd een ZZP GGZ en een DBC GGZ registreren en in rekening brengen voor één en dezelfde patiënt. Na 365 dagen aaneengesloten verblijf met behandeling worden dus alle DBC's GGZ gesloten. Dit geldt alleen voor de DBC GGZ. Een zorgaanbieder mag wel een DBC in het kader van medisch specialistische zorg gelijktijdig met een DBC GGZ of een ZZP GGZ registreren en in rekening brengen.

Een zorgaanbieder mag wel een OVP in combinatie met zowel een DBC GGZ als een ZZP GGZ registreren en in rekening brengen. Uitzondering hierop zijn de OVP's Beeldvormend onderzoek/klinisch-chemische en microbiologische laboratoriumonderzoeken in opdracht van een GGZ-aanbieder voor patiënten die extramurale gespecialiseerde GGZ ontvangen. Deze OVP's kunnen alleen in rekening worden gebracht als sprake is van een extramurale behandeling. Dit OVP kan dus nooit in rekening worden gebracht in combinatie met een ZZP GGZ of tijdens het verblijf binnen een DBC GGZ

3. Diagnose Behandel Combinaties (DBC's)

3.1 Registratieproces DBC's

Dit hoofdstuk is gericht op het 'registreren' van een DBC. Hierbinnen valt een onderscheid te maken in (1) algemene registratiebepalingen; (2) openen van een DBC; (3) het typeren van een DBC; (4) het registreren van patiëntgebonden activiteiten, verblijfsdagen, dagbesteding en verrichtingen en (5) het sluiten van een DBC. Om goed en volledig te kunnen registreren, moeten de stappen van het registratieproces als volgorde worden aangehouden.

---

[1] Voor de telling van de 1.095 dagen telt het aantal dagen verblijf gericht op behandeling die onder andere bekostigingsregimes zijn ontvangen, niet mee.

3.1.1 Algemene registratiebepalingen

1. De registratie van het zorgtraject start op het moment dat een patiënt zich (met een nieuwe zorgvraag) aanmeldt. Bij één zorgaanbieder kunnen maximaal drie zorgtrajecten per patiënt open staan. Het is alleen mogelijk om een vierde zorgtraject te openen, wanneer dit een crisis-DBC is.[2]
2. De registratie van de geleverde zorg in de administratie van de zorgaanbieder is volledig, juist en actueel. De hoofdbehandelaar is verantwoordelijk voor de vastlegging van de daadwerkelijk verleende zorg in de door de NZa vastgestelde activiteiten. Daarnaast is de hoofdbehandelaar verantwoordelijk voor de juistheid van het gehele DBC-traject.[3]
3. DBC's met alleen indirecte tijd zijn niet toegestaan.
4. Zorgaanbieders mogen op hun eigen manier invulling geven aan het registreren van de werkelijk bestede tijd. Het is ook toegestaan om standaardtijden of normtijden[4] per activiteit vast te stellen.

3.1.2 Openen DBC's

1. Iedereen onder verantwoordelijkheid van de hoofdbehandelaar kan een initiële DBC en een vervolg-DBC openen.[5]
2. De openingsdatum van een DBC is gelijk aan de datum waarop de eerste directe of indirecte patiëntgebonden activiteit plaatsvindt. Een uitzondering hierop is het openen van vervolg-DBC's met onderstaande zorgtypes. Hierbij mag de openingsdatum niet gelijk zijn aan de datum van het eerste contact, maar is dit altijd de dag na het sluiten van de voorgaande DBC:
   a. (langdurig periodieke) controle (201);
   b. voortgezette behandeling (202);
   c. uitloop (203).

Initiële DBC

3. In de volgende gevallen moet de hoofdbehandelaar een initiële DBC openen:
   a. indien een nieuwe patiënt zich aanmeldt. Als een zorgaanbieder over meerdere locaties beschikt en een patiënt alleen van locatie verandert, maar niet van primaire diagnose, dan is er in dat geval géén sprake van een nieuwe patiënt. De hoofdbehandelaar op de andere locatie mag dan geen initiële DBC openen. Alle geboden zorg op de andere locatie voor dezelfde primaire diagnose moet op de reeds geopende DBC worden geregistreerd.
   b. indien een bekende patiënt voor een andere primaire diagnose in zorg komt dan de diagnose waarvoor de patiënt reeds in behandeling is.
   c. indien een bekende patiënt voor dezelfde diagnose terug in zorg komt, waarbij er al meer dan 365 dagen zijn verstreken sinds het sluiten van de vorige DBC.
   d. indien een patiënt in behandeling is en deze behandeling wordt bekostigd vanuit een bekostigingsregime anders dan de Zvw, en de bekostiging overgaat naar de Zvw.[6] De openingsdatum van een DBC is gelijk aan de datum waarop de eerst(volgend)e directe of indirecte patiëntgebonden activiteit plaatsvindt.

Vervolg-DBC

4. Indien een patiënt voor een vervolgbehandeling in aanmerking komt en voldoet aan één van de patiëntprofielen in de Basis GGZ, dan wordt deze patiënt verwezen naar de Basis GGZ. In deze situatie wordt geen vervolg-DBC geopend.
5. Bij het openen van een vervolg-DBC is altijd sprake van een bekende patiënt en dezelfde primaire diagnose. Een vervolg-DBC valt altijd onder hetzelfde zorgtraject waaronder de bijbehorende initiële DBC en eventuele eerdere vervolg-DBC's vallen.
6. In de volgende gevallen moet een vervolg-DBC geopend worden:
   a. indien een (initiële of vervolg-)DBC 365 dagen openstaat en de behandeling nog niet afgerond is. Een vervolg-DBC met één van de volgende zorgtypen moet worden geopend:
      – (langdurig periodieke) controle (201);
      – voortgezette behandeling (202);

---

[2] Een vrijgevestigde zorgaanbieder mag ook maximaal drie zorgtrajecten openen. Het is voor een vrijgevestigde zorgaanbieder echter niet mogelijk om een vierde zorgtraject te openen, omdat dit alleen mag voor een crisis-DBC. Het openen van een crisis-DBC is alleen toegestaan aan instellingen met een 24-uurs dienst onder bepaalde voorwaarden. Zie voor meer informatie paragraaf 3.1.5 'crisis'.
[3] In de toelichting (artikel 3.1.1) zijn de verantwoordelijkheden van de hoofdbehandelaar uiteengezet.
[4] De zorgaanbieder is verantwoordelijk voor de normtijden en het herijken/updaten hiervan.
[5] Het openen van een DBC is een administratieve handeling waarvoor de hoofdbehandelaar verantwoordelijk is.
[6] Te denken valt aan de behandeling van een minderjarige patient en de patient tijdens de behandeling de 18 jarige leeftijd bereikt. De patient gaat dan over van de Jeugdwet naar de Zorgverzekeringswet. Of als er sprake is van forensische zorg met strafrechtelijke titel waarbij de strafrechtelijke titel vervalt maar de behandeling wordt voorgezet onder de Zvw.

   – uitloop (203).
b. indien een patiënt weer terug in zorg komt voor dezelfde diagnose binnen 365 dagen na afsluiting van de voorgaande DBC, dient er een vervolg-DBC geopend te worden.
c. als een zorgaanbieder de behandeling van een patiënt overneemt van een andere zorgaanbieder, nadat deze behandelaar een second opinion heeft uitgevoerd en hiervoor een DBC met het zorgtype ‘second opinion’ (106) heeft geopend en gesloten. In dat geval moet deze hoofdbehandelaar een vervolg-DBC openen volgend op deze second opinion DBC. Een voorwaarde hiervoor is wel dat de afgesloten second opinion DBC dezelfde primaire diagnose bevat. Een vervolg-DBC met één van de volgende zorgtypen moet worden geopend:
   – (langdurig periodieke) controle (201);
   – voortgezette behandeling (202);
   – uitloop (203).

3.1.3 Typeren

Het typeren van een DBC bestaat uit verschillende onderdelen: het vastleggen van de identificatiegegevens van de patiënt, het vastleggen van het zorgtype en het classificeren van de (primaire) diagnose van de patiënt.

1. Uitsluitend de hoofdbehandelaar mag typeren. De DBC moet bij het sluiten volledig en juist getypeerd zijn.

Onderdeel I – Vastleggen identificatiegegevens

2. De volgende identificatiegegevens van de patiënt dienen vastgelegd te worden bij het eerste onderdeel van de typering:[7]
   a. naam patiënt;
   b. geboortedatum;
   c. geslacht;
   d. postcode;
   e. burgerservicenummer;
   f. unieke identificatie zorgverzekeraar (conform UZOVI-register).

Onderdeel II – Vastleggen van het zorgtype

3. De hoofdbehandelaar noteert slechts één zorgtype voor een initiële of een vervolg-DBC die het beste de aanleiding tot zorg beschrijft.[8]

Onderdeel III – Classificeren van diagnose

4. De hoofdbehandelaar registreert de feitelijke diagnoseclassificatie conform de integrale DSM-IV-TR.[9] De bijbehorende codes van As 1 en As 2 sluiten aan bij de ICD-9-CM. De diagnose moet geregistreerd worden op vijf assen:[10]
   a. as 1 klinische stoornissen: op deze as kunnen één of meerdere stoornissen worden geselecteerd.
   b. as 2 persoonlijkheidsstoornissen: op deze as kunnen één of meerdere stoornissen worden geselecteerd. Per stoornis moet aangegeven worden of een stoornis aanwezig is óf dat er trekken van deze stoornis aanwezig zijn. Naast de registratie van de persoonlijkheidsstoornissen kan maximaal één code voor zwakzinnigheid of zwakbegaafdheid worden geregistreerd.
   c. as 3 somatische aandoeningen: op deze as dienen alleen somatische diagnoses geregistreerd te worden die een directe relatie hebben met de As 1- of As 2-stoornis en die van invloed zijn op de behandeling.
   d. as 4 psychosociale factoren: op deze as dienen psychosociale en omgevingsfactoren geregistreerd te worden die een duidelijke zorgverzwarende factor vormen bij de behandeling van de primaire diagnose.
   e. as 5 GAF-score: op deze as registreert de hoofdbehandelaar de Global Assessment of Functioning-score (GAF-score) driemaal:
      i. bij openen de hoogste GAF-score van de voorgaande 365 dagen. Indien deze er niet is, dient de GAF-score genoteerd te worden van het begin van de behandeling of een inschatting gemaakt te worden van de hoogste GAF-score van het afgelopen jaar.
      ii. bij openen → de GAF-score op het moment van openen van de DBC.

---

[7] De identificatiegegevens zijn gebaseerd op de ‘Regeling verplichte aanlevering minimale dataset gespecialiseerde GGZ’.
[8] Zie bijlage II voor de verschillende zorgtypen.
[9] Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.
[10] Zie bijlage III voor een toelichting op de verschillende assen.

iii. bij sluiten → de GAF-score op de einddatum van de DBC.

Registreren primaire diagnose

5. Nadat de diagnose op alle assen is geregistreerd kan de hoofdbehandelaar aangeven wat de primaire diagnose is. De primaire diagnose is de belangrijkste reden voor behandeling. De primaire diagnose kan alleen uit een diagnose van As 1 of As 2 worden geselecteerd. Uitzonderingen:
   a. code '799.9 Diagnose/aandoening uitgesteld' kan niet de primaire diagnose zijn.
   b. code 'V71.09 Geen diagnose of aandoening op As 2 aanwezig' kan niet de primaire diagnose zijn. Uitzondering: als er bij een diagnose op As 2 'trekken van ..' wordt gescoord, kan deze wel dienen als primaire diagnose.
   c. de code op As 2 voor zwakzinnigheid of zwakbegaafdheid kan niet als primaire diagnose geregistreerd worden (hieronder vallen ook de codes voor stoornissen in de kindertijd op As 2).
6. Als de primaire diagnose van een openstaande DBC wijzigt en de nieuwe diagnose valt in een andere hoofdgroep, dan moet het zorgtraject en bijbehorende DBC worden gesloten en wordt opnieuw een initiële DBC geopend.

Meerdere (primaire) diagnoses

7. In sommige gevallen kan er sprake zijn van meerdere (primaire) diagnoses:
   a. parallelle zorgtrajecten: deze kunnen worden geregistreerd als er sprake is van meerdere primaire diagnoses waarvoor substantieel verschillende behandelingen moeten worden ingezet. Er kunnen dan gelijktijdig meerdere zorgtrajecten open staan. De hoofdbehandelaar moet het openen van parallelle zorgtrajecten kunnen verantwoorden.
   De primaire diagnoses die parallel mogen voorkomen, zijn gebaseerd op de primaire diagnoses op basis van de DSM-IV classificatie en op de aanwezige primaire diagnoses binnen de DSM-systematiek. Zie bijlage IX voor de mogelijkheden met betrekking tot parallelle zorgtrajecten.

b. opeenvolgende zorgtrajecten: wanneer er sprake is van meerdere diagnoses waarvan één diagnose het meest dringend is, opent de hoofdbehandelaar eerst een initiële DBC en een zorgtraject voor de primaire diagnose. Als de patiënt voor de primaire diagnose is uitbehandeld, sluit de hoofdbehandelaar het zorgtraject en opent een nieuwe initiële DBC en een nieuw zorgtraject, waarbij de eerdere nevendiagnose de nieuwe primaire diagnose wordt. De voorwaarde voor opeenvolgende DBC's en bijbehorende zorgtrajecten is dat de primaire diagnoses van elkaar verschillen.

3.1.4 Registreren

Zodra een DBC geopend is kunnen activiteiten en verrichtingen op verschillende categorieën geregistreerd worden: diagnostiek en behandeling, dagbesteding, verblijf en verrichtingen. Activiteiten en verrichtingen worden bijgehouden volgens de lijst van 'activiteiten en verrichtingen.[11]

1. Een behandelaar mag alleen de patiëntgebonden tijd, in het kader van de diagnostiek of behandeling, registreren die hij daadwerkelijk heeft besteed aan die activiteit. Niet-patiëntgebonden activiteiten, zoals scholing, het lezen van vakliteratuur, algemene vergaderingen en intervisiebijeenkomsten, mag de (hoofd)behandelaar niet op een DBC registreren.
2. Behandelaren moeten bij het registreren gebruik maken van de codes die op de registratiedatum in de activiteiten- en verrichtingenlijst staan. Daarnaast moeten behandelaren bij het registreren van patiëntgebonden activiteiten aangeven of het om directe of indirecte (reis)tijd gaat. In de activiteiten- en verrichtingenlijst staat per activiteit aangegeven welke vormen van tijd geregistreerd mogen worden.
3. De behandelaar mag alleen reistijd registreren als de reistijd in het teken staat van direct patiëntgebonden activiteiten. Als de patiënt niet verschijnt (no-show), dan mag de behandelaar de reistijd alsnog registreren. De tijd van het ingepland contact mag in geval van een no-show niet worden geregistreerd. Er mag géén reistijd geregistreerd worden indien er gereisd moet worden naar een andere locatie binnen de eigen organisatie (WTZi instelling).
4. De behandelaar verdeelt, in geval van meerdere behandelvormen tijdens één sessie met een patiënt, de bestede tijd naar verhouding over deze behandelvormen.
5. Wanneer een patiënt groepstherapie krijgt waarbij meerdere mensen tegelijkertijd behandeld worden, deelt de behandelaar zijn bestede tijd door het aantal deelnemers. Het maakt daarbij niet uit op grond van welke bekostiging (FZ, Zvw, Wlz, Jeugdwet etc.) de behandelingen van die patiënten gefinancierd worden.

[11] De activiteiten- en verrichtingenlijst is te vinden in bijlage IV.

6. Wanneer de behandelaar behandeltijd aan het ‘systeem van de patiënt’[12] besteedt, moet de behandelaar deze bestede tijd, in het kader van de behandeling van diagnose/aandoening van de patiënt, op de DBC van de betreffende patiënt registreren.
7. In het geval van een open inloopspreekuur verdeelt de behandelaar de tijd die hij in totaal besteedt aan de patiënten evenredig over het aantal patiënten dat hij tijdens het spreekuur heeft gezien.
8. In het geval van onderlinge dienstverlening registreert de opdrachtgevende zorgaanbieder de activiteiten die de uitvoerende zorgaanbieder heeft uitgevoerd op de bestaande DBC. De registratievereisten uit deze regeling zijn voor de opdrachtgevende zorgaanbieder onverkort van toepassing op activiteiten in het kader van onderlinge dienstverlening. De opdrachtgever betaalt de opdrachtnemer buiten de DBC-systematiek om.

Categorie I – Diagnostiek en behandeling

9. Alle behandelaren waarvan het beroep op de openingsdatum van de DBC is opgenomen in de DBC-beroepentabel, kunnen op de DBC diagnostiek en behandeling registreren.[13]
10. In het kader van een behandeling moeten beroepen die onder het beroepencluster ‘somatische beroepen’ vallen, hun tijd ook verantwoorden via activiteiten die het best passen bij de behandeling en die opgenomen zijn in de activiteiten- en verrichtingenlijst.
11. Als behandelaren nog bezig zijn met een vervolgopleiding registreren zij onder het beroep van de opleiding die zij op het moment van behandelen hebben afgerond (indien dat beroep voorkomt in de beroepentabel). Er mag niet geregistreerd worden op het beroep waarvoor iemand nog in opleiding is.
12. Beroepen die 24-uurscontinuïteitszorg leveren, registreren hun bestede tijd tijdens het verblijf van een patiënt niet, omdat deze tijd is verwerkt in het tarief voor verblijf.

Categorie II – Dagbesteding

13. Iedereen, onder verantwoordelijkheid van de hoofdbehandelaar, kan binnen de DBC dagbesteding registreren.
14. Er wordt alleen dagbesteding geregistreerd als:
    a. de patiënt daadwerkelijk aanwezig is. Hierbij registreert de behandelaar het aantal uren dat de patiënt dagbesteding krijgt[14];
    b. dagbesteding in het kader van de (psychiatrische) behandeling is;
    c. dagbesteding terug te vinden is in het behandelplan dat opgesteld is door de behandelaar.
15. De volgende vormen van dagbesteding zijn te onderscheiden:
    a. dagbesteding sociaal;
    b. dagbesteding activering;
    c. dagbesteding educatie;
    d. dagbesteding arbeidsmatig;
    e. dagbesteding overig.
16. Tijdens dagbesteding mag de behandelaar geen direct patiëntgebonden behandelactiviteiten registreren.
17. Dagbesteding mag niet geregistreerd worden in combinatie met de prestatie verblijf zonder overnachting.

Categorie III – Verblijf

Bij de registratie van verblijf wordt onderscheid gemaakt tussen verblijf met overnachting en verblijf zonder overnachting. Verblijf wordt altijd geregistreerd op basis van dagen aanwezigheid middels deelprestaties verblijf

Verblijfsdag met overnachting

18. Een verblijfsdag met overnachting mag alleen geregistreerd worden als de patiënt op zijn laatst om 20:00 uur is opgenomen (zowel bij eerste opname als bij heropname) en ’s nachts in de instelling verblijft. De dag van opname en de daarop volgende nacht gelden als één verblijfsdag. De dag waarop de patiënt ‘ontslagen’ wordt – en dus niet ’s nachts in de kliniek verblijf – geldt niet als verblijfsdag.
19. Dagen dat de patiënt afwezig is, mogen niet worden geregistreerd als deelprestatie verblijf.
20. Voor de keuze van de deelprestatie verblijf is de zorgvraag van de patiënt leidend. Op basis van de

[12] Met de systeem van de patiënt wordt de tijd bedoeld die de behandelaar, in het kader van de diagnostiek of behandeling, contact heeft met de familieleden, gezinsleden, ouders, partner of andere naasten van de patiënt.
[13] De DBC-beroepentabel is te vinden in bijlage VI.
[14] Dagbesteding wordt geregistreerd in uren, diagnostiek en behandeling in minuten.

zorgvraag van de patiënt is een van de zeven prestaties van verblijf van toepassing welke het meest overeenkomt met de beschreven verblijfszorg. Declaratie vindt plaats overeenkomstig de verblijfsdagen die telkens, volgens de zorgvraag van de patiënt, van toepassing zijn

Verblijfsdag zonder overnachting

Een verblijfsdag zonder overnachting wordt geregistreerd, indien er sprake is van de aanwezigheid van een patiënt gedurende een groot deel van de dag (gemiddeld tussen 09.00 en 17.00 uur), omdat de patiënt behandeling dan wel diagnostiek ontvangt.

21. Verblijf zonder overnachting mag alleen geregistreerd worden indien aan de volgende voorwaarden is voldaan:
    a. er is niet meer dan 4 uur direct patiëntgebonden activiteiten geleverd;
    b. ondersteuning van personeel met een VOV-functie is noodzakelijk voor een goed verloop van de diverse behandel- en/of diagnostiekactiviteiten;
    c. er is geen sprake van een aaneenschakeling van behandelingen in één dagdeel en;
    d. er zijn minimaal twee direct patiëntgebonden activiteiten geleverd op dezelfde kalenderdag, die onder de hoofdgroep diagnostiek en/of behandeling of in combinatie met de verrichting ECT geregistreerd worden.
22. De op de dag uitgevoerde behandel- en/of diagnostiekactiviteiten maken geen onderdeel uit van de verblijfsdag zonder overnachting en moeten ook geregistreerd worden op de DBC.

Categorie IV – Verrichtingen

Binnen de zorgcategorie verrichtingen wordt een onderscheid gemaakt tussen electroconvulsietherapie (ECT) en de ambulante Methadon verstrekking (AMV).

23. Verrichtingen mogen alleen geregistreerd worden door behandelaren van wie het beroep op de openingsdatum van de DBC is opgenomen in de DBC-beroepentabel.
24. Bij ECT moet de behandelaar de tijd én het aantal behandelingen ECT registreren. Dit betekent dat de DBC twee zaken bevat:
    a. verrichting ECT: het aantal behandelingen ECT wordt geregistreerd volgens de activiteiten- en verrichtingenlijst en;
    b. activiteit ECT: beroepen die voorkomen op de DBC-beroepentabel registreren de bestede tijd met behulp van de activiteitcode voor ECT.
25. Bij de verstrekking van Methadon aan ambulante patiënten moet de behandelaar de tijd én het aantal verstrekkingen van Methadon per kalendermaand registreren. Dit betekent dat de DBC twee zaken bevat:
    a. verrichting AMV: de behandelaar moet het aantal verstrekkingen AMV registreren. Dit is één verrichting per maand ongeacht de hoeveelheid Methadon en frequentie van de verstrekkingen;
    b. activiteit Farmacotherapie: bij de ambulante verstrekking van Methadon moet de behandelaar de bestede tijd registreren op de activiteit ‘farmacotherapie’.

3.1.5 Sluiten

1. De hoofdbehandelaar is verantwoordelijk voor het sluiten van de DBC, waarbij de hoofdbehandelaar (of diegene die onder zijn of haar verantwoordelijkheid valt) de volgende punten controleert:
    a. de DBC is ingevuld conform deze regeling;
    b. de DBC bevat de juiste informatie;
    c. de typering is juist en volledig ingevuld;
    d. de diagnose is juist ingevuld;[15]
    e. de GAF-score is ingevuld;
    f. de DBC is gesloten vanwege een reden zoals opgenomen in artikel 3.1.6.3.
2. Als één van de punten in artikel 3.1.5.1 niet of niet juist is ingevoerd, mag de DBC niet afgesloten worden.
3. In de volgende gevallen moet de DBC gesloten worden:
    a. als de maximale looptijd van 365 dagen is bereikt (ongeacht of de patiënt gedurende die looptijd wel of niet zorg heeft ontvangen). Er dient een vervolg-DBC te worden geopend met één van de volgende zorgtypen:
        i. (langdurige periodieke) Controle (201);
        ii. voortgezette behandeling (202);
        iii. uitloop (203).
    b. als de patiënt:

[15] Indien er op een DBC alleen pré-intake/intake/diagnostiek en/of crisisopvang is geregistreerd, kan de DBC gesloten worden zonder weergave van een diagnoseclassificatie.

i. is overleden. In dit geval moet de DBC gesloten worden op de dag van overlijden. Het is niet toegestaan om nog patiëntgebonden activiteiten te registreren na de overlijdensdatum;
ii. is verhuisd en niet meer bereid is om te reizen voor de behandeling;
iii. langdurig niet meer op is komen dagen;
iv. 365 dagen geen zorg heeft ontvangen.

c. als de patiënt voor de behandeling van de primaire diagnose wordt terug- of doorverwezen naar een andere instelling/praktijk.
d. als de behandelaar en patiënt in overleg besluiten dat het behandeltraject voor de desbetreffende primaire diagnose is beëindigd.
e. als de patiënt na de pré-intake, intake of diagnostiek niet in zorg terug komt of als de patiënt in crisis raakt en daarna in reguliere behandeling of uit zorg gaat.
f. als de patiënt overgaat naar de ZZP-systematiek binnen de Zvw. Hiervan is sprake wanneer de patiënt langer dan 365 dagen aaneengesloten verblijft.
g. als de zorg voor een patiënt over gaat naar een andere vorm van bekostiging.

4. Bij het sluiten van een DBC moet één van de volgende redenen van afsluiting worden geregistreerd:
   a. reden voor afsluiting bij patiënt/niet bij behandelaar.
   b. reden voor afsluiting bij behandelaar/om inhoudelijke redenen.
   c. in onderling overleg beëindigd zorgtraject/ patiënt uitbehandeld.
   d. afsluiting na alleen pré-intake/intake/diagnostiek/crisisopvang.
   e. afsluiten vanwege openen vervolg-DBC.
   f. afsluiten vanwege overgang naar andere bekostiging.
   g. afsluiten vanwege overgang naar ZZP-systematiek (binnen de Zvw)
5. Een DBC kan worden heropend als blijkt dat de patiënt na het voortijdig sluiten van de DBC opnieuw bij de zorgaanbieder in zorg komt voor dezelfde zorgvraag als waarvan sprake was bij de reeds afgesloten DBC.

3.1.6 Crisis-DBCpe

Een crisis-DBC heeft een looptijd van maximaal 28 dagen. De 24-uurs-crisiszorg die de crisisdiensten leveren wordt onder andere gekenmerkt door de niet planbaarheid van zorg. Alleen instellingen met een 24-uurs crisisdienst met een regionale functie mogen in het geval van een crisisinterventie een DBC openen waarop crisisactiviteiten geschreven kunnen worden.
De geleverde crisiszorg heeft als doel de crisissituatie van de patiënt zo spoedig mogelijk te stabiliseren. Een patiënt kan vervolgens geen zorg meer nodig hebben; een regulier zorgtraject starten of een regulier zorgtraject vervolgen.

1. Alle behandelaren waarvan het beroep op de openingsdatum van de DBC is opgenomen in de DBC-beroepentabel mogen op de DBC-crisisactiviteiten registreren.

Openen

In het geval van een crisiscontact wordt een (nieuwe) crisis-DBC geopend of – als er nog korter dan 28 dagen geleden een crisis-DBC is geopend – in de reeds geopende crisis-DBC geregistreerd. Openen van een crisis-DBC is alleen mogelijk als er geen openstaande crisis-DBC meer is bij dezelfde instelling.

2. In de volgende gevallen dient er een nieuwe crisis-DBC geopend te worden:
   a. Wanneer er sprake is van een nieuwe (crisis)patiënt.
   b. Wanneer – bij een bekende patiënt- een crisis-DBC de maximale looptijd van 28 dagen heeft bereikt en de crisisinterventie nog niet is afgerond en de behandelaar hiervoor directe en indirecte tijd wil registreren. De openingsdatum van de nieuwe crisis-DBC is dag 29.
   c. Wanneer een bekende patiënt terug in crisiszorg komt, maar er meer dan 28 dagen zijn verstreken sinds het openen van de vorige crisis-DBC.
3. Een crisis-DBC heeft een maximale duur van 28 dagen. Alleen in geval van overlijden van de patiënt moet een crisis-DBC eerder afgesloten worden. Heropenen van een gesloten crisis-DBC is daarom niet meer nodig. Het is echter nog wel mogelijk (bijvoorbeeld als een crisis-DBC voortijdig gesloten is).
4. Er mag per patiënt per instelling maar één crisis-DBC tegelijk open staan.

Typeren

5. In het geval van een crisisinterventie, heeft een behandelaar de keuze uit twee zorgtypen:[16]
   a. Crisisinterventie zonder opname.
   b. Crisisinterventie met opname.

[16] Zie bijlage II voor de verschillende zorgtypen.

6. Gedurende de looptijd van de DBC mag het zorgtype gewijzigd worden. Het zorgtype moet echter bij het sluiten van de DBC volledig en juist geregistreerd zijn.
7. De diagnose van de crisis-DBC en een gelijktijdig regulier zorgtraject mogen overeenkomen.
8. Het is niet verplicht om bij een crisis-DBC een diagnose te registreren. Als er bij het openen van een crisis-DBC wél een diagnose wordt geregistreerd, kan dat in de vorm van een zo goed mogelijk passende (werk) diagnose. Als de patiënt opnieuw in crisis raakt hoeft deze diagnose niet te worden aangepast en kan de opvolgende crisis-DBC geregistreerd worden in hetzelfde zorgtraject.

Registreren

9. Behandelaren van een 24-uurs crisisdienst mogen binnen de DBC-systematiek crisiszorg leveren.
10. Er mogen alleen activiteiten geregistreerd worden op een crisis-DBC die in verband staan met crisiszorg. Er moeten dan twee zaken geregistreerd worden:
    a. Beschikbaarheidscomponent voor een 24-uurs crisisdienst (buiten kantooruren). Deze beschikbaarheidscomponent mag maar één keer per crisis-DBC geregistreerd worden.
    b. Crisisactiviteiten tijdens de crisisdienst, waarbij een behandelaar alleen patiëntgebonden crisiscontacten mag registreren die hij daadwerkelijk heeft besteed.
11. Er mogen geen verblijfsdagen (met of zonder overnachting) geregistreerd worden op een crisis-DBC met het zorgtype ‘crisisinterventie zonder opname’.
12. Er moet op een crisis-DBC altijd directe tijd worden geregistreerd.
13. Indien er sprake is van parallelle zorgtrajecten, moet de behandelaar de geboden zorg registreren op de DBC waarop deze betrekking heeft. Het is toegestaan dat de reguliere DBC en de crisis-DBC tegelijk open staan, en dat op dezelfde kalenderdag een activiteit wordt geregistreerd op zowel de crisis-als de reguliere DBC, als dat in het belang is van de continuïteit van de zorg.

Sluiten

14. Wanneer een crisis-DBC de maximale looptijd van 28 dagen heeft bereikt, dient deze te worden gesloten. Zie voor een eventuele vervolg-DBC artikel 3.1.6 onder ‘openen’.

3.2 Bepalingen validatie DBC’s

1. De administratieve organisatie is zodanig ingericht dat een audit-trail mogelijk is. De NZa en de zorgverzekeraar moeten te allen tijde de mogelijkheid hebben om DBC-registratie op juistheid te controleren.
2. De zorgaanbieder neemt ten behoeve van de DBC-registratie en declaratie van DBC’s in hun registratie- en declaratiesoftware een validatiemodule op. Het document ‘Toelichting validatieregels GGZ’, dat integraal onderdeel uitmaakt van deze regeling, bevat de specificaties waaraan de validatiemodule moet voldoen. Dit document is te downloaden van de website van de NZa (www.nza.nl). De validatiemodule dient zodanig te zijn ingericht dat uitsluitend DBC’s in rekening kunnen worden gebracht die niet strijdig zijn met de inhoud van deze regeling.
3. De zorgaanbieder hanteert de validatiemodule als hulpmiddel om de betrouwbaarheid van DBC’s te toetsen en de juistheid van de registratie te verifiëren. Verificatie geschiedt op basis van gegevens in bronbestanden.

3.3 Declaratiebepalingen DBC’s

Deze regeling stelt voorschriften, voorwaarden of beperkingen met betrekking tot het declaratieproces in de gespecialiseerde GGZ.

Te declareren DBC-tarief

1. Voor het leveren van zorg aan een patiënt kan de zorgaanbieder een bij deze zorg behorend DBC-tarief declareren indien voldaan is aan de volgende voorwaarden:
    a. het gehele DBC-traject is afgesloten overeenkomstig deze regeling;
    b. de stappen die het DBC-traject omvatten, te weten: openen, typeren, registreren, sluiten en valideren, zijn volledig doorlopen;
    c. de onder b genoemde stappen, met uitzondering van valideren, vinden plaats door of onder verantwoordelijkheid van de hoofdbehandelaar;
    d. de hoofdbehandelaar heeft voor het stellen van een diagnose direct patiëntgebonden tijd besteed aan de patiënt waarvoor wordt gedeclareerd. Indien er sprake is van een vervolg-DBC, dan geldt de eis van verplicht directe tijd van de hoofdbehandelaar niet. Voor crisis-DBC’s zonder verblijf geldt een uitzondering op deze bepaling: de directe tijd hoeft niet door de hoofdbehandelaar besteed te zijn;
    e. het aantal geleverde minuten direct patiëntgebonden tijd is geregistreerd op een dusdanige manier dat effectieve controle door de zorgverzekeraar en de NZa mogelijk is.

2. De zorgaanbieder kan het DBC-tarief in rekening brengen voor alle afgesloten DBC's die zijn gevalideerd door middel van de validatiemodule. Het DBC-tarief dat wordt gedeclareerd is het tarief dat van toepassing was op de datum van openen van de DBC.
3. Het DBC-tarief wordt gedeclareerd aan de patiënt of aan de zorgverzekeraar. Wanneer de patiënt gedurende het DBC-traject is veranderd van zorgverzekeraar, moet het DBC-tarief worden gedeclareerd bij de zorgverzekeraar bij wie de patiënt verzekerd was op de datum van het openen van de DBC.

Onderlinge dienstverlening

4. Indien er sprake is van onderlinge dienstverlening, kan de uitvoerende zorgaanbieder de vergoeding daarvoor uitsluitend in rekening brengen aan de zorgaanbieder die de prestatie bij de uitvoerder heeft aangevraagd. Er mag door de uitvoerende zorgaanbieder geen DBC gedeclareerd worden.

Transparantie

5. Een zorgaanbieder heeft bepaalde verplichtingen als het gaat om transparantie richting de patiënt. Voor wat betreft deze verplichtingen verwijzen we naar de beleidsregel 'Transparantie zorgaanbieders'.

3.4 Informatiebepalingen DBC's

Elke factuur dient in ieder geval de volgende gegevens te bevatten als onderdeel van de prestatiebeschrijving:
1. *DBC-traject startdatum*
   Bij initiële DBC's is dit de datum waarop het eerste directe of indirecte patiëntgebonden contact plaatsvindt. Bij vervolg DBC's is dit de startdatum van het vervolg DBC-traject.
2. *DBC-traject einddatum*
   De DBC wordt afgesloten zodra de laatste activiteit (direct of indirect patiëntgebonden) voor een patiënt is geleverd.[17]
3. *Declaratiecode*
   Dit is de zescijferige code die op basis van de prestatiecode kan worden afgeleid. De declaratiecode is gekoppeld aan de prestatiecode. Meerdere prestatiecodes kunnen afleiden op dezelfde declaratiecode. Aan elke declaratiecode is ook een tarief gekoppeld.
4. *Gedeclareerde tarief*
   Op de factuur wordt het te declareren DBC-tarief vermeld. Het te betalen bedrag wordt rekenkundig afgerond op twee decimalen.
5. *AGB-code*
   Voor zelfstandig gevestigde zorgaanbieders: de AGB-zorgverlenerscode en – indien van toepassing – de AGB-praktijkcode.
   Voor instellingen: de AGB-instellingscode en – indien van toepassing – de AGB-zorgverlenerscode.
6. *De AGB-code en het beroep van de hoofdbehandelaar*
   Naast bovenstaande AGB-code moet ook de AGB-code en het beroep van de hoofdbehandelaar op de factuur vermeld worden. Indien de hoofdbehandelaar in de fase van behandeling een andere hoofdbehandelaar is dan in de fase van de diagnose, dan moet ook de AGB-code van de tweede hoofdbehandelaar en diens beroep op de factuur vermeld worden.
7. *Directe en indirecte tijd*
   Op de factuur dient ook de volgende informatie met betrekking tot de bestede tijd vermeld te worden:
   a. directe en indirecte tijd van de hoofdbehandelaar(s);
   b. directe en indirecte tijd van iedere medebehandelaar en vermelding van diens beroep;
   c. de totaal bestede directe en indirecte tijd van de gehele DBC (optelsom van a en b).
8. *Het type verwijzer*
   Op de declaratie dient het type verwijzer vermeld te worden naar onderstaande classificatie:
   1. verwezen patiënt vanuit de eerste lijn (o.a. huisarts, bedrijfsarts);
   2. verwezen patiënt vanuit een (andere) GGZ-instelling, instelling voor medisch specialistische zorg of GGZ-praktijk;
   3. verwezen patiënt vanuit de crisis zorg of S.E.H.;
   4. eigen patiënt (bijvoorbeeld in geval van een vervolg-DBC);
   5. verwezen patiënt, maar verwijzer heeft geen AGB-code (bijvoorbeeld in geval van een verwijzing naar de crisiszorg, buitenlandse zorgaanbieder);

[17] In enkele gevallen hoeft de laatste activiteit niet de einddatum van de DBC te zijn. Dit is bijvoorbeeld wanneer de patiënt overlijdt. In dat geval dient de overlijdensdatum de einddatum van het DBC-traject te zijn.

6. zelfverwijzer;
7. bemoeizorg.

9. *AGB-code van de verwijzer*
Indien er sprake is van type verwijzer genoemd onder 3.4.8.1 tot en met 3.4.8.4 moet op de factuur de AGB-code van de verwijzende zorgverlener (natuurlijk persoon) vermeld worden. Dit moet de AGB-code op persoonsniveau zijn.
10. *Dagbesteding*
Op de factuur dient de activiteitencode waarmee dagbesteding bij de aanbieder wordt geregistreerd en het aantal uren dagbesteding per DBC te worden vermeld.
11. *DBC-prestatiecode*
De specificatie van het geleverde zorgproduct. De DBC-prestatiecode wordt afgeleid van de gevalideerde DBC-dataset. Deze code bestaat uit 12 alfanumerieke posities, gevuld volgens vier 3-cijferige DBC-componenten en in onderstaande volgorde:
a. zorgtype;
b. diagnoseclassificatie;
c. zorgvraagzwaarte (000);
d. productgroep voor behandeling van de DBC-dataset.
De diagnose-informatie op de factuur dient zich te beperken tot de 14 diagnosehoofdgroepen in uitsluitend de langdurende of intensieve behandelgroepen overeenkomstig de productstructuur. Voor de behandelgroepen 'diagnostiek', 'crisis' en 'kortdurend' is vermelding van diagnose-informatie op de factuur niet toegestaan. Evenmin is het toegestaan dat uit de factuur blijkt of er ten aanzien van het zorgtype sprake is van een rechterlijke uitspraak.

De verplichting tot het verstrekken van de zorgvraagzwaarte op defactuur zoals opgenomen in deze regeling, is tot en met 31 december 2015 niet van toepassing op zorg die vanaf het moment van ingaan van de opschorting door de zorgaanbieder wordt gedeclareerd.

Voor zorg waarop het gestelde in voorgaande volzin van toepassing is geldt dat de component 'zorgvraagzwaarte' op de factuur dient te worden aangeduid met '000'.

De zorgaanbieder is verplicht de brongegevens waaruit de zorgvraagzwaarte-indicator is af te leiden te blijven registreren. In de 2016 versie van deze regeling zou de NZa opnemen hoe de zorgvraagzwaarte met ingang van 1 januari 2016 aangeleverd moet worden aan de zorgverzekeraar. In die versie van de regeling zou ook staan hoe de zorgvraagzwaarte-gegevens over de periode tot 31 december 2015 aangeleverd moeten worden bij de zorgverzekeraars.

Bij vaststelling van onderhavige regeling is nog niet duidelijk hoe de alternatieve aanlevermethode vorm gegeven gaat worden. Als hier duidelijkheid over is zal de wijze waarop de zorgvraagzwaarte-indicator aangeleverd moet worden alsnog in deze regeling worden opgenomen.

12. *Deelprestaties*
De volgende deelprestaties worden onderscheiden:
a. verblijf met overnachting (VMO): in totaal worden zeven deelprestaties verblijf onderscheiden (deelprestatie verblijf A t/m G). Deze deelprestaties worden per dag geregistreerd;
b. verblijf zonder overnachting (VZO).
c. electroconvulsietherapie (ECT);
d. ambulante methadon verstrekking (AMV);
e. beschikbaarheidcomponent crisis (BCC).
Alle deelprestaties worden altijd in combinatie met een productgroep voor behandeling in rekening gebracht. Op de factuur wordt vermeld welke deelprestaties op welke datum geleverd zijn.
13. *Lekenomschrijving*
Indien een zorgaanbieder aan de patiënt factureert, voegt hij op de factuur een lekenomschrijving met betrekking tot de geleverde zorg toe. Vermelding van de lekenomschrijving blijft achterwege, indien de zorgaanbieder de factuur rechtstreeks aan de zorgverzekeraar zendt.

3.5 Uitzondering in geval van privacybezwaren

1. *Privacyverklaring*
De artikelen 3.4.3, 3.4.11 en 3.4.13, voor zover betrekking hebbend op tot de diagnose herleidbare gegevens, blijven buiten toepassing indien de patiënt en de zorgaanbieder gezamenlijk een verklaring hebben ondertekend overeenkomstig bijlage 1.
2. *Inzenden verklaring*
De verklaring bedoeld in artikel 3.5.1 dient vóór, doch uiterlijk op het moment van indiening van de factuur bij de zorgverzekeraar in het bezit te worden gesteld van de zorgverzekeraar van de patiënt.
3. *Bewaren afschrift*
De zorgaanbieder houdt in zijn administratie een afschrift van de in artikel 3.5.1 bedoelde verklaring.
4. *Aanpassen tarief*
In aanvulling op de uitzonderingsbepaling van artikel 3.5.1 en zo nodig in afwijking van artikel 3.4.4 zijn patiënt en zorgaanbieder gerechtigd om een tarief, niet hoger dan het geldende maximumta-

rief, te declareren zodanig dat dit afwijkende tarief niet herleidbaar is naar de diagnose. De zorgaanbieder, al dan niet in gezamenlijkheid met de patiënt, dient in dit geval in overleg met de zorgverzekeraar tot een afwijkende, doch voor beide partijen aanvaardbare betalingsprocedure te komen. De zorgverzekeraar is gehouden om binnen redelijke grenzen medewerking te verlenen aan de totstandkoming van zo'n betalingsprocedure.

5. *Controle door medisch adviseur*
Controle door de zorgverzekeraar op de rechtmatigheid van facturen, die op grond van artikel 3.5.1 door een zorgaanbieder, dan wel een patiënt, ter betaling aan die zorgverzekeraar zijn aangeboden, vindt plaats door of onder verantwoordelijkheid van een medisch adviseur.
6. *Uitzondering voor zelfbetalers*
De artikelen 3.4.3, 3.4.11 en 3.4.13, voor zover betrekking hebbend op tot de diagnose herleidbare gegevens, blijven buiten toepassing indien een patiënt aan de zorgaanbieder te kennen geeft de factuur, resp. facturen, met betrekking tot de door hem genoten behandeling(en) zelf te zullen betalen, althans niet ter betaling bij zijn zorgverzekeraar aan te bieden.
7. *Factuur alsnog ter betaling indienen*
Indien een patiënt bedoeld in artikel 3.5.6 zich bedenkt en de factuur op een later moment alsnog ter betaling wil indienen bij zijn zorgverzekeraar, dan dient alsnog een verklaring als bedoeld in artikel 3.5.1 te worden ingevuld en ondertekend. De artikelen 3.5.2 tot en met 3.5.5 zijn in dat geval van overeenkomstige toepassing

4. ZZP GGZ-zorgproducten

In dit hoofdstuk worden de registratie-, declaratie- en informatiebepalingen van de prestaties en toeslagen in het kader van de langdurige GGZ met behandeling beschreven.

Met prestaties wordt in dit hoofdstuk bedoeld:
– ZZP GGZ B 3 t/m 7 inclusief dagbesteding;
– ZZP GGZ B 3 t/m 7 exclusief dagbesteding;
– ZZP GGZ Klinisch Intensieve Behandeling.

Met toeslagen wordt in dit hoofdstuk bedoeld:
– Toeslag Niet-strafrechtelijke forensische psychiatrie;
– Toeslag Vervoer dagbesteding.

4.1 Algemene registratiebepalingen

1. De registratie van de prestaties en toeslagen in de administratie van de zorgaanbieder is volledig, juist en actueel.
2. De registratie van de prestaties en toeslagen start wanneer de patiënt langer dan 365 aaneengesloten dagen behandeling inclusief verblijf heeft ontvangen. Voor patiënten met behandeling en verblijf wordt vanaf dag 366 een ZZP GGZ geregistreerd in plaats van een DBC.
3. De registratie van de prestaties en toeslagen eindigt wanneer de patiënt niet langer verblijft in de instelling.
4. In uitzondering op artikel 4.1.3 geldt dat de zorgaanbieder, in verband met het beschikbaar houden van de verblijfsplaats, gedurende de tijdelijke afwezigheid van de patiënt het ZZP GGZ mag blijven registreren dat ook geregistreerd wordt bij aanwezigheid. Voor registratie bij tijdelijke afwezigheid geldt een maximum van veertien dagen afwezigheid per keer, tellend vanaf de eerste dag na vertrek van de instelling. Dit maximum geldt niet in het geval van ziekenhuisopname.
In aanvulling op het gestelde in de vorige alinea geldt het volgende:
Voor de registratie bij tijdelijke afwezigheid van patiënten die als leerling voor dagonderwijs staan ingeschreven en die dit onderwijs ook daadwerkelijk volgen, wordt per keer een maximum afwezigheid berekend. Deze loopt vanaf de eerste dag van afwezigheid van de patiënt tot de maximale wettelijke vakantieduur.
5. De uitzondering als bedoeld in artikel 4.1.4 is niet van toepassing op de toeslagen.
6. Er kunnen niet meerdere ZZP's GGZ voor één patiënt voor dezelfde datum worden geregistreerd.
7. De administratieve organisatie is zodanig ingericht dat een audit-trail mogelijk is. De NZa en de zorgverzekeraar moeten te allen tijde de mogelijkheid hebben om vastlegging van de uitgevoerde behandeltrajecten op juistheid te controleren.

4.2 Declaratiebepalingen

1. De zorgaanbieder declareert de prestatie met het profiel dat overeenkomt met het profiel van de patiënt (zie Bijlage VIII). De declaratie vindt plaats op patiëntniveau.
2. Er kunnen niet meerdere ZZP's GGZ voor één patiënt voor dezelfde datum worden gedeclareerd.
3. De toeslagen worden altijd in combinatie met een ZZP GGZ in rekening gebracht.
4. De declaratieperiode voor de prestaties en toeslagen is een kalendermaand.

5. Wanneer er een verandering in de zorgvraag van de patiënt optreedt, kan een ander (hoger of lager) ZZP GGZ worden gedeclareerd.
6. De prestaties en toeslagen worden na het einde van de declaratieperiode in rekening gebracht.
7. De declaratie bestaat uit het aan de patiënt geleverde aantal ZZP dagen en eventuele toeslagen binnen de declaratieperiode, met inbegrip van het gestelde in artikel 4.1.4.
8. Een zorgaanbieder heeft bepaalde verplichtingen als het gaat om transparantie richting de patiënt. Voor wat betreft deze verplichtingen verwijzen we naar de beleidsregel 'Transparantie zorgaanbieders'.

4.3 Informatiebepalingen

Elke factuur bevat in ieder geval de volgende gegevens:
1. *Begindatum declaratieperiode*
   Het gaat hier om de datum van de eerste dag in de betreffende declaratieperiode.
2. *Einddatum declaratieperiode*
   Het gaat hier om de datum van de laatste dag die onderdeel uitmaakt van de betreffende declaratieperiode.
3. *Gedeclareerde prestatie(s)*
   Het gaat hier om de in rekening te brengen ZZP's GGZ. Het moet duidelijk zijn welk(e) ZZP's GGZ gedeclareerd (prestatiecode) worden en in welk aantal.
4. *Toeslagen*
   De volgende toeslagen worden onderscheiden:
   a. Niet-strafrechtelijke forensische psychiatrie;
   b. Vervoer dagbesteding.
   Alle toeslagen worden altijd in combinatie met een ZZP GGZ in rekening gebracht. Op de factuur wordt vermeld welke toeslagen op welke datum geleverd zijn en tegen welk tarief.
5. *Gedeclareerde tarief*
   Het gaat hier om de tarieven die in rekening worden gebracht voor de ZZP's GGZ en toeslagen en het in totaal gedeclareerde bedrag (pxq).
6. *AGB-code*
   De AGB-instellingscode en – indien van toepassing – de AGB-zorgverlenerscode.
7. *Lekenomschrijving*
   Indien een zorgaanbieder aan de patiënt factureert, voegt hij op de factuur een lekenomschrijving met betrekking tot de geleverde zorg toe. Vermelding van de lekenomschrijving blijft achterwege, indien de zorgaanbieder de factuur rechtstreeks aan de zorgverzekeraar zendt

5. Overige producten (OVP's)

Overige producten

De categorie 'overige producten' (OVP's) heeft geen relatie met het DBC- of ZZP GGZ-traject van een patiënt. De registratieprocessen voor de DBC's en ZZP's GGZ gelden dus ook niet voor de OVP's. De integrale tarieven voor de overige producten kunnen daarom afzonderlijk gedeclareerd worden aan de patiënt, zorgverzekeraar of aan de opdrachtgever. Voor meer informatie over overige producten wordt verwezen naar de beleidsregel 'Prestaties en tarieven gespecialiseerde ggz.

Als er aan een patiënt zowel basispakketzorg als niet basispakketzorg wordt geleverd, dan declareert de zorgaanbieder zowel een DBC/ZZP GGZ als een OVP.

Zorg die niet tot het basispakket behoort

1. Het is zorgaanbieders niet toegestaan om zorg die niet tot het basispakket behoort, in rekening te brengen als zorg die tot het basispakket behoort.
2. Voor het declareren van zorg die niet onder het basispakket valt, maar wel zorg is zoals omschreven in de Wmg, brengt de zorgaanbieder één van de voor deze zorg vastgestelde OVP's[18] in rekening. Indien er geen aparte prestatie bestaat voor de niet-basispakketzorg, dan kunnen de volgende algemene prestaties gebruikt worden:
   – OVP niet-basispakketzorg consult;
   – OVP niet-basispakketzorg verblijf.
3. Activiteiten en verrichtingen die niet onder de reikwijdte van het begrip 'zorg' als omschreven in artikel 1, onder b, Wmg behoren, worden niet via prestaties of OVP's gedeclareerd.
4. Bij keuringen, rapporten en informatieverstrekkingen kunnen aanbieders bij levering van specifieke prestaties een prestatie ('toeslag') in rekening brengen voor additionele directe of indirecte tijd. De

[18] Zie beleidsregel 'Prestaties en tarieven gespecialiseerde GGZ'.

zorgverlener dient de patiënt vooraf te informeren wanneer hij verwacht gebruik te maken van deze toeslag bovenop de standaardprestatie

6. Intrekking oude regels

Gelijktijdig met de inwerkingtreding van deze regeling wordt de regeling 'Gespecialiseerde GGZ', met kenmerk NR/CU-556 ingetrokken

7. Overgangsbepaling

De regeling 'Gespecialiseerde GGZ', met kenmerk NR/CU-556, blijft van toepassing op gedragingen (handelen en nalaten) van zorgaanbieders die onder de werkingssfeer van die regeling vielen en die zijn aangevangen – en al dan niet beëindigd – in de periode dat die regeling gold. Dit betekent dat voor overlopende DBC's (DBC's gestart voor 2016 en doorlopend in 2016) de op het moment van opening van het DBC-zorgproduct geldende nadere regel van toepassing is

8. Inwerkingtreding en citeerregel

Deze regeling treedt in werking met ingang van 1 januari 2016. Ingevolge artikel 20, tweede lid, onderdeel a, van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) zal deze regeling in de Staatscourant worden geplaatst.

Deze regeling kan worden aangehaald als: 'Regeling gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg'

Nederlandse Zorgautoriteit
M.J. Kaljouw
voorzitter Raad van Bestuur

TOELICHTING

Inleiding

Met ingang van 1 januari 2013 zijn drie regelingen die in de daaraan voorafgaande jaren apart bestonden samengevoegd tot één nu voorliggende regeling. Dit zijn de regelingen 'Instructie registratiebepalingen DBC GGZ', 'DBC GGZ Validatie' en 'Declaratiebepalingen DBC GGZ'.

Met ingang van 1 januari 2014 zijn daarnaast de registratieregels uit het 'Spelregeldocument', dat wordt opgesteld door DBC-Onderhoud en werd vastgesteld door de NZa, opgenomen in deze regeling. In de gevallen waarin sprake is van daadwerkelijke tegenstrijdigheden, gaat deze regeling van de NZa vóór het 'Spelregeldocument' van DBC-Onderhoud.

Met ingang van 1 januari 2015 zijn de Zorgzwaartepakketten ZZP GGZ B 3 t/m 7 al dan niet met dagbesteding, ZZP GGZ Klinisch Intensieve Behandeling, de toeslagen Niet-Strafrechtelijke forensische psychiatrie en vervoer naar dagbesteding, overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet. Daarom zijn per genoemde datum in deze regeling ook de voorwaarden met betrekking tot registratie, declaratie en informatieverplichtingen ten aanzien van deze ZZP's GGZ opgenomen.

Er zijn geen grote wijzigingen of overhevelingen per 2016. De grootste veranderingen zijn bepalingen rondom de crisis-DBC's en rondom parallelliteit.

Algemeen

Op grond van artikel 37 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) kan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) regels stellen inhoudende aan wie, door wie of op welke wijze, onder welke voorwaarden of met inachtneming van welke voorschriften of beperkingen een tarief in rekening wordt gebracht. Het gaat daarbij, kortweg, om declaratie- en/of factureringsvoorschriften. Artikel 38 van de Wmg geeft de NZa onder meer de bevoegdheid regels te stellen met betrekking tot het door zorgaanbieders specificeren van rekeningen voor geleverde zorgprestaties.

Deze regeling verplicht zorgaanbieders om, teneinde geleverde zorg te kunnen declareren, aan bepaalde eisen te voldoen. Deze eisen zijn erop gericht dat tarieven die worden gedeclareerd voor het leveren van zorg aan een bepaalde patiënt in overeenstemming zijn met de geleverde zorg aan diezelfde patiënt.

DBC's

De DBC-systematiek in de GGZ werkt volgens een proces van registratie, validatie en afleiding:
1. Registratie: het registratieproces start op het moment dat een patiënt, die is verwezen naar een zorgaanbieder van gespecialiseerde GGZ, zich bij de zorgaanbieder meldt met een zorgvraag. Op dat moment wordt een zorgtraject geopend. Een zorgtraject volgt het zorgproces voor één primaire diagnose en kan bestaan uit een initiële DBC, waarin de primaire diagnose is gesteld en een onbeperkt aantal vervolg-DBC's.
2. Validatie: als de DBC is afgesloten, gaat de DBC door naar de validatie. Tijdens de validatie wordt de DBC gecontroleerd op een volgens deze regeling goede en technisch volledige registratie.
3. Afleiding: na de validatie wordt via de afleiding bepaald in welke behandelprestatie/productgroep de DBC terechtkomt. Vervolgens wordt de DBC als onderdeel van de factuur naar de zorgverzekeraar van de patiënt gestuurd en worden daarnaast de DBC-gegevens aan het DBC-informatiesysteem (DIS) geleverd.

ZZP's GGZ

De ZZP's GGZ dienen ter registratie en declaratie van een volledig pakket van intramurale geestelijke gezondheidszorg met behandeling dat aansluit op de kenmerken van de patiënt en de soort zorg die de patiënt nodig heeft.

OVP's

De OVP's dienen voor het declareren van vormen van zorg die onder de reikwijdte van de Wmg vallen, maar die zich (nog) niet lenen voor onderbrenging in de reguliere DBC en/of ZZP GGZ-zorgproducten.

De NZa is op grond van artikel 76, 82 en 85 van de Wmg ter handhaving van deze regeling bevoegd

tot het geven van een aanwijzing, het toepassen van bestuursdwang en tot het opleggen van een bestuurlijke boete.

Artikelsgewijs

Artikel 1.1 Reikwijdte

Deze regeling heeft betrekking op gespecialiseerde geestelijke gezondheidzorg (GGZ) als omschreven bij of krachtens de Zorgverzekeringswet (Zvw). Onder gespecialiseerde GGZ vallen de curatieve GGZ en de langdurige op behandeling gerichte GGZ.

Artikel 2 Algemene bepalingen

Per 2015 is voor patiënten vanaf 18 jaar de langdurige op behandeling gerichte intramurale geestelijke gezondheidszorg (IGGZ) voor de eerste 1.095 dagen overgeheveld van de AWBZ naar de Zvw. Deze termijn geldt niet voor de mensen die op 31 december 2014 al een ZZP GGZ B hebben in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten. Deze patiënten gaan rechtstreeks over naar de Wet langdurige zorg.

Voor het registreren en declareren van verblijfsdagen gelden de DBC's GGZ als prestatie tot en met 365 dagen. Na 365 dagen gelden de ZZP's GGZ als prestatie voor langdurig verblijf en mogen er géén verblijfsdagen geregistreerd worden op een DBC. Voor ambulante behandeling gelden altijd de DBC's als prestatie, ongeacht de behandelduur. Het aantal verblijfsdagen is gebaseerd en wordt berekend op basis van artikel 2.12 van het Besluit zorgverzekering (Bzv).

In het Besluit zorgverzekering (Bzv) artikel 2.12 staat het volgende opgenomen over de aanspraak op verblijf:
– Verblijf omvat verblijf gedurende een onafgebroken periode van ten hoogste 1.095 dagen, dat medisch noodzakelijk is in verband met de geneeskundige zorg, bedoeld in artikel 2.4, of in verband met chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard als bedoeld in artikel 2.7, al dan niet gepaard gaande met verpleging, verzorging of paramedische zorg.
– Een onderbreking van ten hoogste dertig dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de drie jaar.
– In afwijking van het tweede lid tellen onderbrekingen wegens weekend- en vakantieverlof mee voor de berekening van de drie jaar.

Voor de gespecialiseerde GGZ betekent bovenstaand artikel dat verblijf in het kader van behandeling in een GGZ instelling tot en met 1.095 dagen vanuit de Zvw wordt gefinancierd. Vanaf 1.096 dagen aaneengesloten verblijf eindigt de financiering voor deze zorg vanuit de Zvw en gaat dit over naar de Wet langdurige zorg (Wlz). Indien behandeling niet meer in combinatie met verblijf nodig is, zal de zorg vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) bekostigd worden.
Met de telling van aaneengesloten verblijf tot en met 1.095 dagen worden alle vormen van verblijf noodzakelijk in verband met geneeskundige zorg meegeteld. Het gaat hierbij om verblijf in een GGZ instelling, maar ook om verblijf in een ziekenhuis of andere instelling in verband met somatische problematiek.

In onderstaande tabellen wordt de samenloop van DBC's, ZZP's GGZ en OVP's weergegeven.

	Te declareren in combinatie met:			
	DBC GGZ (Zvw)	DBC med spec zorg (Zvw)	Basis GGZ	OVP's
ZZP GGZ (Zvw)	Nee. Na 365 dagen aaneensluitend verblijf is er sprake van langdurige GGZ. Dit wordt bekostigd met de ZZP's GGZ. Vanuit het ZZP GGZ wordt alle zorg in het kader van een GGZ diagnose geleverd, ongeacht het type GGZ diagnose die hieraan ten grondslag ligt.	Ja, mits sprake is van diagnose niet behorend tot de GGZ, kan voor deze zorg een somatische DBC in rekening worden gebracht.	Nee, vanuit het ZZP GGZ wordt alle zorg in het kader van een GGZ diagnose geleverd, ongeacht het type GGZ diagnose die hieraan ten grondslag ligt.	Ja, met uitzondering van de OVP beeldvormend onderzoek/ klinisch chemische en microbiologische laboratoriumonderzoeken in opdracht van een extramurale zorgaanbieder.

Artikel 3.1.1 Algemene registratiebepalingen

Relatie zorgtraject en DBC

– 3.1.1.1: voordat een DBC geopend kan worden en zorg mag worden geregistreerd, moet eerst een zorgtraject zijn gestart. De aanmeldingsdatum van de patiënt bepaalt de startdatum van het

zorgtraject. De startdatum van het zorgtraject kan hetzelfde zijn als de openingsdatum van de initiële DBC, maar dit hoeft niet. Het zorgtraject kan bijvoorbeeld worden gestart op het moment dat een secretariaat een afspraak met een patiënt maakt. Er is op dat moment nog geen patiëntgebonden activiteit met een behandelaar. De startdatum van het zorgtraject ligt in dat geval vóór de openingsdatum van de initiële DBC.

Verantwoordelijkheid hoofdbehandelaar gehele DBC-traject

– 3.1.1.2: De hoofdbehandelaar is eindverantwoordelijk voor de juistheid van het gehele DBC-traject. Dit is met name voor de controle (ook door verzekeraar) belangrijk. Het is mogelijk dat er opvolgend meerdere hoofdbehandelaars zijn. In dat geval zijn zij elk verantwoordelijk voor de periode waarin zij hoofdbehandelaar zijn.

Op verzoek van het ministerie van VWS heeft de NZa de volgende verantwoordelijkheden van de hoofdbehandelaar opgenomen:
a. de hoofdbehandelaar is verantwoordelijk voor het vaststellen van de diagnose waarbij de patiënt ook daadwerkelijk is (mede) beoordeeld door de hoofdbehandelaar via direct contact met patiënt. Het is hierbij mogelijk dat delen van het intake/diagnostische proces door anderen dan de hoofdbehandelaar worden verricht;
b. de hoofdbehandelaar stelt in overleg met de patiënt het behandelplan – gericht op verantwoorde behandeling (naar de stand van de wetenschap, richtlijnconform) – vast;
c. de hoofdbehandelaar weet zich overtuigd van de bevoegdheid en bekwaamheid van de medebehandelaars in relatie tot de zelfstandige uitvoering van het deel van de behandeling waarvoor zij verantwoordelijk zijn;
d. de hoofdbehandelaar ziet er op toe dat de dossiervoering voldoet aan de gestelde eisen. Medebehandelaars hebben een eigen verantwoordelijkheid in de adequate dossiervoering;
e. de hoofdbehandelaar laat zich informeren door medebehandelaars en andere bij de behandeling betrokken professionals, zo tijdig en voldoende als noodzakelijk is voor een verantwoorde behandeling van de patiënt. De hoofdbehandelaar toetst of de activiteiten van de anderen bijdragen aan de behandeling van de patiënt en passen binnen het door de hoofdbehandelaar vastgestelde behandelplan;
f. de hoofdbehandelaar en medebehandelaars treffen elkaar in persoonlijk contact en in teamverband met de daartoe noodzakelijke frequentie (ook telefonisch en via beeldbellen), op geleide van de problematiek/vraagstelling van de patiënt;
g. de hoofdbehandelaar draagt zorg voor goede communicatie[19] met de patiënt en diens naasten (indien van toepassing en indien toestemming hiervoor is verkregen) over het beloop van de behandeling in relatie tot het behandelplan en;
h. de hoofdbehandelaar heeft inzicht in de voortgang van de behandeling, hij evalueert met de patiënt en stel indien nodig het behandelplan bij. De hoofdbehandelaar toetst tussentijds en aan het eind van de behandeling of en in welke mate de concreet omschreven behandeldoelen zijn bereikt. De hoofdbehandelaar autoriseert de beëindiging van de behandeling conform deze regeling.

Multidisciplinaire context

– In de brief van 15 juli 2013 (kenmerk 130562-106549) staat dat de Minister van VWS de multidisciplinaire context toevoegt aan haar besluit over het hoofdbehandelaarschap. Met de bepaling over de multidisciplinaire context wordt bedoeld dat het hoofdbehandelaarschap wordt uitgevoerd door een professional uit de medische, psychologische of verpleegkundige discipline mits beschikkende over een BIG-registratie en werkend in een multidisciplinaire context waarbinnen één van de beroepsgroepen die hoofdbehandelaar mogen zijn in de gespecialiseerde GGZ, direct beschikbaar is.

[19] De hoofdbehandelaar volgt bij al deze stappen de afspraken zoals die zijn vastgelegd in de door LPGGZ, NPCF, Consumentenbond en GGZ Nederland overeengekomen algemene leveringsvoorwaarden ggz (http://www.ggznederland.nl/themas/kwaliteit-en-veiligheid). Voor aanbieders die deze leveringsvoorwaarden niet hanteren geldt dat de hoofdbehandelaar er zorg voor dient te dragen:
1. dat de cliënt kennis heeft genomen van de gestelde diagnose en dat deze nader is toegelicht;
2. dat de cliënt geïnformeerd wordt over de behandelmogelijkheden;
3. dat het behandelplan in overleg met de cliënt is opgesteld en dat de cliënt met het behandelplan instemt (informed consent);
4. dat de cliënt de beschikking krijgt over behandelvoortgangsinformatie (o.a. ROM-uitkomsten);
5. dat de voortgang van de behandeling periodiek wordt geëvalueerd met de cliënt en het behandelplan eventueel wordt bijgesteld op basis van gelijkwaardigheid (shared decision making);
6. dat de familie/naastbetrokkenen geïnformeerd worden bij vaststelling behandelplan en het verloop van de behandeling (na toestemming van de cliënt);
7. dat de klachten samen met de cliënt zijn geïnventariseerd en geanalyseerd.

DBC's met alleen indirecte tijd

– 3.1.1.3: met ingang van 1 januari 2014 is het niet meer toegestaan om DBC's met alleen indirecte tijd te declareren. Dit betekent dat er altijd directe tijd geleverd moet worden om een DBC te kunnen declareren. Dit geldt voor zowel de initiële DBC's als de vervolg-DBC's.

Artikel 3.1.3 Typeren van een DBC

Meerdere primaire diagnoses

– 3.1.3.7: het is mogelijk dat meerdere (primaire) diagnoses worden vastgesteld. Afhankelijk van hoe de diagnoses zich tot elkaar verhouden kan worden gekozen voor parallelle of opeenvolgende zorgtrajecten. Er kan sprake zijn van verschillende diagnoses met een gelijkwaardig belang waarbij een hoofdbehandelaar oordeelt dat hij substantieel verschillende behandelingen in moet zetten. In dat geval mag de hoofdbehandelaar meerdere initiële DBC's en bijbehorende zorgtrajecten openen. Dit zijn parallelle zorgtrajecten. Er kan daarnaast ook sprake zijn van verschillende diagnoses waarvan één diagnose het meest dringend is. Er is dan sprake van één primaire diagnose en meerdere nevendiagnoses. Als de patiënt is uitbehandeld voor de primaire diagnose, sluit de hoofdbehandelaar de initiële DBC en het zorgtraject en wordt een nieuw zorgtraject en initiële DBC geopend waarbij de nevendiagnose de nieuwe primaire diagnose wordt. Dit is het geval bij opeenvolgende zorgtrajecten. In beide gevallen moet de hoofdbehandelaar dit kunnen verantwoorden.
– Per 2016 is bijlage IX toegevoegd om expliciet te maken wanneer de diagnoses verschillend zijn. Het is niet toegestaan meer dan één DBC parallel open te hebben voor dezelfde diagnose, waarbij de indeling uit de bijlage bepalend is.

Artikel 3.1.4 Registreren op een DBC

Diagnostiek en behandeling

– 3.1.4.9: diagnostische activiteiten en behandelactiviteiten in het kader van het behandelplan, worden geregistreerd op basis van tijdschrijven in minuten. Het gaat dan om activiteiten in het kader van pré-intake, diagnostiek, behandeling, begeleiding, verpleging en algemeen indirecte tijd. Hierop kunnen verschillende vormen van tijd worden geregistreerd, namelijk direct patiëntgebonden tijd, indirect patiëntgebonden tijd en indirect patiëntgebonden reistijd.
– 3.1.4.12: 24-uurscontinuïteitszorg is de basiszorg die op klinische afdelingen van een instelling 24 uur per dag voor de patiënt beschikbaar is. Beroepen die 24-uurscontinuïteitszorg leveren, registreren hun bestede tijd (in het kader van behandeling) tijdens het verblijf van een patiënt niet volgens de activiteiten- en verrichtingenlijst. De inzet van deze beroepen is voor 100% verwerkt in het tarief van verblijf. Een instelling bepaalt zelf welke behandelaren deze zorg leveren en dus hun tijdsbesteding niet dienen te registreren volgens de registratielijst.

Dagbesteding

– 3.1.4.15: in de DBC-systematiek worden de volgende vormen van dagbesteding onderscheiden:
  a. Dagbesteding sociaal (ontmoeting): de meest basale functie van een dagactiviteitencentrum is de ontmoetingsfunctie. De inloopfunctie is de meest laagdrempelige functie in het kader van dag- en arbeidsmatige activiteiten. Aan de deelnemers worden over het algemeen geen strenge eisen gesteld voor wat betreft de deelname aan de inloop.
  b. Dagbesteding activering: deze vorm gaat verder dan het ontmoeten van anderen en omvat ook recreatieve, creatieve of sportieve activiteiten. Deze activiteiten worden over het algemeen groepsgewijs aangeboden. De deelname is niet verplicht, maar over het algemeen wel minder vrijblijvend. Voorbeelden van dagbesteding in het kader van activering zijn: tekenen, voetballen en tuinieren.
  c. Dagbesteding educatie: dit heeft als doel om de patiënt iets te leren. Bij de educatieve activiteiten is er over het algemeen sprake van een vast weekprogramma en een groepsgewijs aanbod. Denk bijvoorbeeld aan een computercursus, cursus boekbinden en gitaarles.
  d. Dagbesteding arbeidsmatig: bij arbeidsmatige dagbesteding zijn activiteiten gericht op het begeleiden van patiënten die aan het werk willen in het reguliere arbeidsproces, zoals het opdoen van arbeidsvaardigheden en -ervaring. Het gaat hierbij om onbetaalde werkzaamheden, soms wordt een beperkte onkostenvergoeding verstrekt.
  e. Dagbesteding overig: alle dagbesteding die niet onder sociale, activerende, educatieve of arbeidsmatige dagbesteding valt, maar wel wordt ingezet in het kader van de behandeling van een patiënt met een bepaalde primaire diagnose, kan onder overige dagbesteding geregistreerd worden.

Verblijf

- 3.1.4.18: bij de registratie van een deelprestatie verblijf gaat het om een ‘kale verblijfsdag’. In het tarief van een deelprestatie verblijf is wel meegenomen dat een patiënt wordt verpleegd en verzorgd, maar niet dat een patiënt wordt behandeld. De behandelactiviteiten tijdens een verblijfsdag dienen dus apart geregistreerd te worden.
- 3.1.4.21: de omschrijving van verblijf met overnachting is met ingang van 1 januari 2014 gewijzigd met als doel de zorgvraag beter leidend te laten zijn in het bepalen van de verblijfprestatie. Daarnaast is in de prestatiebeschrijving toegevoegd dat het bij de inzet van VOV-personeel gaat om netto fte’s (ingeroosterd zorgverlenend VOV-personeel). Ook is toegevoegd aan de prestatiebeschrijving dat “de inzet VOV-personeel doorgaans ... bedraagt”. Op deze manier biedt de NZa ruimte voor het gebruik van bijvoorbeeld domotica.

Verblijf zonder overnachting

- 3.1.4.22: Verblijf zonder overnachting mag vanaf 2014 alleen nog in rekening gebracht worden als, naast de overige voorwaarden van dit artikel, er niet meer dan vier uur direct patiëntgebonden tijd is geleverd.

Artikel 3.3 Declaratiebepalingen DBC’s

Nieuw per 2015 is de bepaling in 3.3 onder 1d: er is een uitzondering gemaakt voor crisis-DBC’s zonder verblijf. Voor deze DBC’s geldt de eis niet dat de hoofdbehandelaar directe tijd moet hebben geschreven. In de praktijk zijn er namelijk ook contacten waarbij de hoofdbehandelaar enkel indirecte tijd levert. De eis dat de DBC niet enkel indirecte tijd mag bevatten geldt uiteraard wel. Deze wijziging is ook doorgevoerd in de regeling over 2014.
Er is geen uitzondering voor voortijdig gestopte behandelingen of alleen pré-intake. Initiële DBC’s zonder directe tijd kunnen niet worden gedeclareerd.

Artikel 3.4 Informatiebepalingen DBC’s

Op grond van deze regeling dient de zorgaanbieder de DBC-prestatiecode op de factuur te vermelden. In deze code komt onder meer de diagnoseclassificatie tot uitdrukking. Vanwege het privacygevoelige karakter van deze informatie is het College Bescherming Persoonsgegevens (CBP) hierover om advies gevraagd. Met brief van 6 december 2006 heeft het CBP aan de Minister van VWS medegedeeld dat de diagnose-informatie op de declaratie zich dient te beperken tot de 14 diagnose hoofdgroepen in uitsluitend de langdurende ambulante zorg.

Bovendien is het met betrekking tot het zorgtype niet toegestaan dat uit de declaratie blijkt dat er sprake is van een rechterlijke uitspraak zoals: Rechterlijke machtiging (RM), Inbewaringstelling (IBS), Ondertoezichtstelling (OTS), Rechterlijke machtiging met voorwaarden en Jeugdstrafrecht. De hiervoor genoemde brief van het CBP is te downloaden van de website van het CBP: www.cbpweb.nl.

Informatie op de factuur

- 3.4.6 en 3.4.7: met ingang van 1 januari 2014 dient, op verzoek van het ministerie van VWS, de AGB-code van de hoofdbehandelaar en diens beroep op de factuur vermeld te worden. Dit om de informatie-uitwisseling tussen aanbieders en verzekeraars te verbeteren. Daarnaast dient ook het beroep van iedere medebehandelaar op de factuur vermeld te worden. Ten slotte dient de directe en indirecte tijd van de hoofdbehandelaar(s) en iedere medebehandelaar op de factuur vermeld te worden, naast de totale bestede directe en indirecte tijd per DBC.
- 3.4.8 en 3.4.9: Met ingang van 1 januari 2014 moet op verzoek van VWS het type verwijzer en de AGB-code van de verwijzer op de factuur vermeld worden. Hierbij moet worden opgemerkt dat de lijst met type verwijzers niet inhoudt dat dit verzekerde zorg betreft. In het recent vastgestelde plan van aanpak ‘verantwoording behandelingen en jaarrekeningen curatieve ggz naar aanleiding van de NBA audit alert 32’[20] hebben partijen afspraken gemaakt over de verwijzer, onder meer over verwijzingen naar en tussen basis-GGZ en gespecialiseerde GGZ.
- 3.4.11: De minister heeft besloten tot een tijdelijke opschorting van de verplichting tot aanlevering van zorgvraagzwaarte op de factuur. Deze opschorting geldt, tot en met 31 december 2015. Dit is vastgelegd in de Regeling van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, kenmerk 699673-130826-MC, houdende verlenging tijdelijke opschorting levering zorgvraagzwaarte cGGZ. De reden van de opschorting is het feit dat VWS, NZa, GGZ Nederland, de Landelijke Vereniging

[20] http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/rapporten/2014/12/02/plan-van-aanpak-verantwoording-behandelingen-en-jaarrekeningen-curatieve-ggz-naar-aanleiding-van-de-nba-audit-alert-32.html.

van Vrijgevestigde Psychologen en Psychotherapeuten (LVVP), de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), het Nederlands Instituut voor Psychologen (NIP), het Landelijk Platform GGZ en Zorgverzekeraars Nederland werken aan een alternatieve wijze van verstrekking van de zorgvraagzwaarte. Dat alternatief kan de verplichting om de zorgvraagzwaarte aan te leveren bij de declaratie vervangen mits het aan de door betrokken partijen genoemde voorwaarden voldoet en is geoperationaliseerd.

– De ontwikkeling van het alternatief heeft nog geen definitieve vorm gekregen. Zodra de alternatieve aanleverwijze conform de gemaakte afspraken ontwikkeld is en operationeel kan zijn, zal de NZa deze in een nieuwe versie van deze regeling opnemen (uiteraard voor zover de Regeling Zorgverzekering hiervoor de mogelijkheid biedt en met inachtneming van het daarin bepaalde). In afzonderlijke regeling of een nieuwe versie van deze regeling neemt de NZa ook op hoe de zorgvraagzwaarte- behorend bij de zorg waarop de voornoemde opschorting van toepassing is en waarvoor een declaratie bij de zorgverzekeraars is ingediend, met ingang van 1 januari 2016 alsnog aangeleverd moet worden aan de zorgverzekeraar. Ter nadere toelichting hierop verwijzen we naar de Regeling van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, kenmerk 699673-130826-MC, houdende tijdelijke opschorting levering zorgvraagzwaarte cGGZ. De brongegevens die nodig zijn voor het onderbouwen en afleiden van de zorgvraagzwaarte-indicator moeten op grond van de regelgeving van de NZa reeds herleidbaar naar de desbetreffende patiënt worden geregistreerd in de administratie van de betreffende zorgaanbieder. Dit maakt het mogelijk de zorgvraagzwaarte na de opschorting alsnog aan te leveren op de daarvoor nog aan te geven wijze.
– Aangezien de voornoemde opschorting duurt tot en met 31 december 2015 en er tot op heden geen duidelijkheid is over de wijze van aanlevering is er in deze versie van deze regeling die vanaf 1 januari 2016 van kracht is nog niets over opgenomen. In een nieuwe versie van deze regeling geven wij aan op welke wijze de zorgvraagzwaarte na afloop van de opschorting moet worden aangeleverd. Zolang de hiervoor genoemde alternatieve aanleverwijze niet kan worden opgenomen in de regeling, zal de aanlevering van zorgvraagzwaarte net als voor de opschorting het geval was via de factuur moeten plaatsvinden. Er is immers sprake van een opschorting.
Voorstaande is onder voorbehoud van de uitkomsten van het advies dat de minister van VWS aan het College Bescherming Persoonsgegevens heeft gevraagd.
Voor zorg waarvoor geldt dat op grond van de voorgaande versies van deze regeling de zorgvraagzwaarte op de factuur diende te worden vermeld en welke zorg wel is gedeclareerd voor het moment van inwerkingtreding van deze regeling, blijft op grond van de voorgaande versies van deze regeling de plicht in stand de zorgvraagzwaarte op de factuur te vermelden. Dit volgt uit de overgangsbepaling in deze regeling en in de voorgaande versies van deze regeling.

Artikel 3.5 Uitzondering in geval van privacybezwaren

Naar aanleiding van een uitspraak[21] van het College van Beroep voor het bedrijfsleven d.d. 8 maart 2012 is besloten een ontheffingsmogelijkheid te creëren van de algemeen geldende verplichting om diagnose-informatie, dan wel tot de diagnose te herleiden informatie, op de factuur te vermelden. Hieraan is uitvoering gegeven middels een afzonderlijke uitzonderingsbepaling (artikel 3.5 van de regeling).

De ontheffingsmogelijkheid is vormgegeven door middel van een verklaring die door zowel zorgaanbieder als patiënt dient te worden ondertekend. De zorgaanbieder dient deze aan de zorgverzekeraar te sturen en een kopie van de verklaring in zijn administratie te bewaren. Het is overigens ook mogelijk dat de zorgaanbieder de verklaring in het bezit stelt van zijn patiënt en de patiënt vervolgens zelf, uiterlijk op het moment van indiening van de betreffende nota, de verklaring bij zijn zorgverzekeraar indient.

De noodzaak tot ondertekening van de verklaring door de patiënt vloeit voort uit de kenbaarheid (o.a. voor de zorgverzekeraar) van zijn wens om geen diagnose-informatie, of tot de diagnose herleidbare informatie, op de factuur te willen hebben staan. Hij geeft op deze manier aan gebruik te willen maken van de uitzonderingsbepaling van deze regeling. De reden dat ook de zorgaanbieder de verklaring moet ondertekenen, is gelegen in het feit dat verplichting tot vermelding van de prestatiecode (diagnose-informatie) op de factuur, alsmede alle overige verplichtingen die uit de deze regeling voortvloeien, gericht zijn aan de zorgaanbieder en niet aan de zorgvrager (patiënt). De reikwijdte (zie ook artikel 1.1) van de regeling, inclusief de uitzonderingsbepaling, beperkt zich kortom tot zorgaanbieders. Door het ondertekenen van de verklaring geeft de zorgaanbieder te kennen dat hij van de uitzonderingsbepaling van de regeling gebruik wenst te maken.

Met artikel 3.5.4 faciliteert de NZa dat de zorgaanbieder een (van het maximumtarief) afwijkend tarief in rekening kan brengen, zodanig dat dit niet herleidbaar is naar de diagnose. Zorgaanbieder en

[21] Uitspraak van het CBb d.d. 8 maart 2012 AWB 11/317, 11/358 en 11/372.

zorgverzekeraar kunnen in onderling overleg afspreken op welke wijze dit wordt vormgegeven. De NZa schrijft niet voor hoe zo'n alternatieve betalingsprocedure er precies uit moet zien, aangezien er diverse varianten en subvarianten denkbaar zijn, die in de praktijk voor de ene zorgverzekeraar en/of zorgaanbieder wel en voor de andere zorgverzekeraar en/of zorgaanbieder juist weer niet voldoet. Wel schrijft de NZa voor dat de zorgverzekeraar binnen redelijke grenzen is gehouden om medewerking te verlenen aan de wens van een zorgaanbieder om tot een alternatieve betalingsprocedure te komen. Ook de uitspraak van het College van Beroep voor het bedrijfsleven geeft een aantal niet volledig uitgewerkte oplossingsrichtingen weer, die aanknopingspunten kunnen bieden om tot een dergelijke declaratie- en betalingsprocedure te komen.

Artikel 4 ZZP GGZ-zorgproducten

ZZP GGZ inclusief en exclusief dagbesteding

Er wordt een onderscheid gemaakt tussen ZZP's GGZ waarbij de dagbesteding een onlosmakelijk onderdeel is van het ZZP en de ZZP's GGZ waarbij dit niet het geval is. Als de patiënt in aanmerking komt voor en gebruik maakt van dagbesteding, dan wordt het ZZP GGZ inclusief dagbesteding in rekening gebracht. Wanneer er geen sprake is van dagbesteding geldt het ZZP GGZ exclusief dagbesteding.

De patiënt kan dagbesteding ontvangen bij de zorgaanbieder van verblijf of bij een andere zorgaanbieder. Wanneer de dagbesteding wordt geleverd door een andere zorgaanbieder dan de zorgaanbieder van verblijf, dan wordt dit geregeld via onderlinge dienstverlening. De zorgaanbieder van verblijf brengt het ZZP GGZ inclusief dagbesteding in rekening. De zorgaanbieder die de dagbesteding levert brengt dit in rekening bij de zorgaanbieder voor verblijf. Voor onderlinge dienstverlening geldt een vrij tarief.

Aan- en afwezigheid

De ZZP's GGZ mogen alleen in rekening worden gebracht indien ze ook daadwerkelijk zijn geleverd. De essentie van prestatiebekostiging is dat alleen de daadwerkelijk geleverde zorg wordt bekostigd.

Als uitzondering op deze regel geldt dat de zorgaanbieder bij tijdelijke afwezigheid van de patiënt, in verband met het beschikbaar houden van de verblijfsplaats, het ZZP GGZ in rekening mag brengen wat ook in rekening wordt gebracht bij aanwezigheid. Dit mag tot een maximum van 14 dagen afwezigheid per keer, tellend vanaf de eerste dag na vertrek bij de instelling. Voor afwezigheid in het geval van een ziekenhuisopname geldt geen maximum van het aantal dagen dat gedeclareerd mag worden.

Voor patiënten die ook als leerling voor dagonderwijs staan ingeschreven en dit onderwijs ook daadwerkelijk volgen, mag bij afwezigheid per keer maximaal van de eerste dag van afwezigheid tot de maximale wettelijke vakantieduur gedeclareerd worden.

Het is niet toegestaan om toeslagen tijdens afwezigheid te declareren.

Artikel 5 Overige producten

Zorg die niet tot het basispakket behoort

– 5.1 en 5.2: In de gespecialiseerde GGZ werd vóór 2014 gewerkt met een 'kleurensystematiek', die basispakketzorg en niet-basispakketzorg van elkaar moest onderscheiden. Deze 'kleurensystematiek' kende echter beperkingen. Vanaf 2014 wordt daarom de geestelijke gezondheidszorg die niet tot het basispakket behoort, geregistreerd en gefactureerd middels los declarabele producten in de vorm van OVP's. Voor sommige zorg die niet tot het basispakket behoort, bestaan al aparte prestaties in de vorm van OVP's. Indien er geen aparte prestatie bestaat voor de niet-basispakketzorg, dan moet een zorgaanbieder de volgende prestaties gebruiken:
  a. OVP niet-basispakketzorg consult;
  b. OVP niet-basispakketzorg verblijf.

BIJLAGE I – PRIVACYVERKLARING

Ondergetekenden:

[*patiënt: Naam*]	....
[*patiënt: Geboortedatum verzekerde*]	....
[*patiënt: Verzekerdenummer*]	....
[*patiënt: BSN*]	....
[*DBC-traject: Openingsdatum*]	....

en

[*zorgaanbieder: Naam praktijk/instelling*]	....
[*zorgaanbieder: Naam uitvoerder*]	....
[*zorgaanbieder: Adres*]	....
[*zorgaanbieder: AGB-code praktijk/instelling*]	....
[*zorgaanbieder: AGB-code uitvoerder*]	....

verklaren:

1. Dat tussen partijen een behandelrelatie is aangegaan, waarvoor de zorgaanbieder een tarief in rekening wenst te brengen overeenkomstig de Wet marktordening gezondheidszorg.

Vermelding diagnose-informatie op factuur

2. Dat de patiënt er uit oogpunt van bescherming van zijn persoonlijke levenssfeer bezwaar tegen heeft, dat gegevens die te herleiden zijn tot een door de zorgaanbieder met betrekking tot de patiënt gestelde diagnose, op de declaratie worden vermeld.
3. Dat de zorgaanbieder, in overeenstemming met artikel 3.5 van de Regeling gespecialiseerde GGZ, vermelding van de onder 2 vermelde gegevens achterwege zal laten.

Aanlevering gegevens aan DIS

4. Dat de patiënt er uit oogpunt van bescherming van zijn persoonlijke levenssfeer bezwaar tegen heeft, dat MDS-gegevens als bedoeld in artikel 5 van de Regeling ‘Verplichte aanlevering minimale dataset gespecialiseerde GGZ’, aan DIS worden aangeleverd.
5. Dat de zorgaanbieder, in overeenstemming met artikel 6 van de Regeling ‘Verplichte aanlevering minimale dataset gespecialiseerde GGZ’, de aanlevering van de onder 4 bedoelde MDS-gegevens aan DIS achterwege zal laten.

PLAATS: ....

DATUM: ....

Handtekening patiënt | Handtekening zorgaanbieder

BIJLAGE II – ZORGTYPEN

Initiële DBC	
Code	**Zorgtype**
101	Reguliere zorg
106	Second opinion-DBC
107	Zorg op basis van een tertiaire verwijzing
108	Langdurig periodieke controle (bij overname)
109	Bemoeizorg
110	Rechterlijke machtiging (RM)
111	Inbewaringstelling (IBS)
116	Rechterlijke machtiging met voorwaarden
147	Overgang vanuit de Jeugdwet

Reguliere zorg – 101

Het zorgtype reguliere zorg wordt gebruikt voor patiënten met een nieuwe zorgvraag die vanuit de eerste lijn, door bijvoorbeeld de huisarts of een collega-specialist, zijn doorverwezen.

Second opinion – 106

Een 'second opinion' is de herbeoordeling van een zorgvraag en het bijbehorende advies van een andere zorgaanbieder. Er is doorgaans sprake van een beperkt aantal contacten en er is géén sprake van een overname van de behandeling. Als de DBC het zorgtype "Second opinion" (106) heeft, moet de behandelaar minimaal één diagnostische activiteit registreren. Een DBC met dit zorgtype mag daarnaast niet meer dan 250 minuten directe tijd bevatten.

Zorg op basis van tertiaire verwijzing – 107

Het betreft een patiënt met een nieuwe zorgvraag, die wordt gezien op basis van een erkende doorverwijzing door een andere zorgaanbieder omdat daar de benodigde expertise, kennis, ervaring en/of behandelfaciliteiten voor die zorgvraag niet aanwezig zijn.

Langdurig periodieke controle (bij overname) – 108

Er is sprake van een meerjarig zorgtraject waarbij de patiënt tenminste eenmaal per jaar ter controle wordt gezien nadat de initiële behandelingsfase is afgerond. Dit zorgtype kan alleen bij een initiële DBC worden geregistreerd wanneer de patiënt wordt overgenomen vanuit een andere zorginstelling/organisatie en waarbij er sprake is van een langdurig periodieke controle.

Bemoeizorg – 109

Dit zorgtype wordt geregistreerd als bemoeizorg de aanleiding is voor het starten van de DBC in de gespecialiseerde GGZ. Er is geen sprake van een juridische maatregel ten aanzien van de zorg. Activiteiten die gerekend kunnen worden tot bemoeizorg (voortraject; aanleiding van zorg; nog geen zorgvraag en zorgvrager) behoren niet tot de geneeskundige GGZ en vallen daarmee niet onder de DBC-systematiek.

Rechterlijke machtiging (RM) – 110

Bij het zorgtype RM is er sprake van gedwongen opname in een psychiatrisch ziekenhuis in het kader van de wet Bijzondere Opname Psychiatrische in Ziekenhuizen (Bopz). DBC's met zorgtype RM moeten verblijfsdagen met overnachting bevatten en een activiteit uitgevoerd door een beroep uit het beroepencluster 'medische beroepen'. Niet alle gevallen van rechterlijke machtiging vallen onder de Zvw/DBC-systematiek voor de GGZ. Een rechterlijke machtiging die wordt afgegeven voor iemand in detentie die tijdelijk moet worden opgenomen in een GGZ-instelling, valt onder het strafrecht en daarmee onder de systematiek voor forensische zorg in strafrechtelijk kader (DBBC-systematiek).

Inbewaringstelling (IBS) – 111

Bij het zorgtype IBS is er sprake van een gedwongen spoedopname in een psychiatrisch ziekenhuis in het kader van de wet Bopz. DBC's met zorgtype IBS moeten verblijfsdagen met overnachting bevatten en een activiteit geregistreerd door een beroep uit de beroepencluster 'medische beroepen'. Er mogen geen activiteiten worden geregistreerd door het instellingstype "Zelfstandig gevestigde praktijken".

Rechterlijke machtiging met voorwaarden – 116

Dit zorgtype is een variant op het zorgtype RM waarbij de patiënt een gedwongen opname kan voorkomen als deze zich aan de door de rechter gestelde voorwaarden houdt. DBC's met zorgtype RM met voorwaarden hebben activiteiten geregistreerd door een beroep uit het beroepencluster 'medische beroepen'.

Vervolg-DBC	
Code	**Zorgtype**
201	(Langdurig periodieke) controle
202	Voortgezette behandeling
203	Uitloop
204	Exacerbatie/recidive
205	Bemoeizorg
206	Rechterlijke machtiging (RM)
211	Rechterlijke machtiging met voorwaarden

(Langdurig periodieke) controle – 201

Registreer dit vervolg zorgtype als de patiënt ten minste eenmaal per jaar ter controle wordt gezien nadat de initiële behandelingsfase is afgerond. Bij dit zorgtype geldt dat de openingsdatum aansluit op de afsluitdatum van de voorgaande DBC.

Voortgezette behandeling – 202

Kies voor het vervolg zorgtype voortgezette behandeling als een behandeling voor een bepaalde diagnose langer dan 365 dagen duurt. Bij dit zorgtype geldt dat de openingsdatum aansluit op de afsluitdatum van de voorgaande DBC.

Uitloop – 203

Dit vervolg zorgtype wordt geregistreerd als een behandeling door omstandigheden (bijvoorbeeld wachtlijsten) langer duurt dan 365 dagen. In feite zou de behandeling binnen 365 dagen na openen van de DBC afgerond kunnen worden. Door omstandigheden die niet door de behandeling zelf worden veroorzaakt, wordt deze periode echter overschreden. Bij dit zorgtype geldt dat de openingsdatum aansluit op de afsluitdatum van de voorgaande DBC.

Exacerbatie/recidive – 204

Het vervolg zorgtype exacerbatie/recidive mag worden geregistreerd als de patiënt binnen 365 dagen na sluiten van de DBC voor dezelfde primaire diagnose weer in behandeling komt bij dezelfde zorgaanbieder. Bij het openen van een vervolg-DBC met dit zorgtype gaat het niet om het voorzetten van de vorige DBC, maar om een terugval.

Bemoeizorg – 205

Dit vervolg zorgtype wordt geregistreerd als bemoeizorg de aanleiding is voor het starten van de DBC in de gespecialiseerde GGZ. Er is geen sprake van een juridische maatregel ten aanzien van de zorg. Activiteiten die gerekend kunnen worden tot bemoeizorg (voortraject; toeleiding naar zorg; nog geen zorgvraag en zorgvrager) behoren niet tot de geneeskundige GGZ en vallen daarmee niet onder de DBC-systematiek.

Rechterlijke machtiging (RM) – 206

Bij het vervolg zorgtype RM is er sprake van gedwongen opname in een psychiatrisch ziekenhuis in het kader van de wet Bijzondere Opname Psychiatrische Ziekenhuizen (Bopz). DBC's met zorgtype RM moeten verblijfsdagen met overnachting bevatten en een activiteit geregistreerd door een beroep uit het beroepencluster 'medische beroepen'. Niet alle gevallen van rechterlijke machtiging vallen onder de Zvw/DBC GGZ-systematiek. Een rechterlijke machtiging die wordt afgegeven voor iemand in detentie die tijdelijk moet worden opgenomen in een GGZ-instelling, valt onder het strafrecht en daarmee onder de systematiek voor forensische zorg in strafrechtelijk kader (DBBC-systematiek).

Rechterlijke machtiging met voorwaarden – 211

Dit vervolg zorgtype is een variant op het zorgtype RM waarbij de patiënt een gedwongen opname kan voorkomen als deze zich aan de door de rechter gestelde voorwaarden houdt. DBC's met zorgtype RM met voorwaarden hebben activiteiten geregistreerd door een beroep uit het beroepencluster 'medische beroepen'.

Crisis-DBC	
Code	**Zorgtype**
301	Crisisinterventie zonder opname
302	Crisisinterventie met opname

Crisisinterventie zonder opname – 301

De patiënt komt ambulant voor een crisisinterventie in zorg. De crisisinterventie vindt plaats bij de regionale 24-uurs crisisdienst. Het initiatief voor het contact ligt (vanaf een leeftijd van 16 jaar) bij de patiënt zelf, bij familie of het sociale netwerk, bij de politie, bij de gemeente of brandweer of bij de huisarts. Er is geen sprake van opname van de patiënt. Bij een crisisinterventie zonder opname, vinden crisiscontacten plaats ten behoeve van de stabilisatie van de patiënt, zonder dat de patiënt bij de crisisdienst overnacht. Als een patiënt uit crisiszorg gaat of overgaat naar een reguliere behandeling, moet de DBC met dit zorgtype gesloten worden. DBC's met het zorgtype "Crisisinterventie zonder opname" hebben een looptijd van maximaal 28 kalenderdagen en kunnen geen verblijfsdagen (met of zonder overnachting) bevatten.

Crisisinterventie met opname – 302

Het gaat hier om een crisisinterventie met een klinische opname en is aan de orde wanneer een patiënt crisiszorg nodig heeft die wordt geboden door een regionale 24-uurs crisisdienst. Een DBC met dit zorgtype zijn crisiscontacten waarbij een patiënt, ten behoeve van de stabilisatie van de patiënt, verblijft binnen de instelling. Als een patiënt uit crisiszorg gaat of overgaat naar een reguliere behandeling, moet de DBC met dit zorgtype gesloten worden. DBC's met het zorgtype "Crisisinterventie met opname" hebben een looptijd van maximaal 28 kalenderdagen en de DBC dient minimaal 1 en maximaal 27 verblijfsdagen met overnachtingen te bevatten.

BIJLAGE III – FEITELIJKE CLASSIFICATIE VAN DSM-IV-TR

AS 1: Klinische stoornissen	
DSM IV-TR	**Diagnosetabel**
Stoornissen in de kindertijd	Overige stoornissen in de kindertijd
	Pervasieve ontwikkelingsstoornissen
	Aandachtstekortstoornissen en gedragsstoornissen
Delirium, dementie en amnestische en andere cognitieve stoornissen	Delirium, dementie en amnestische en andere cognitieve stoornissen
Psychische stoornissen door een somatische aandoening	Restgroep diagnoses
Aan een middel gebonden stoornissen	Aan alcohol gebonden stoornissen
	Overige aan een middel gebonden stoornissen
Schizofrenie en andere psychotische stoornissen	Schizofrenie en andere psychotische stoornissen
Stemmingsstoornissen	Depressieve stoornissen
	Bipolaire en overige stemmingsstoornissen
Angststoornissen	Angststoornissen
Somatoforme stoornis	Somatoforme stoornis
Nagebootste stoornissen	Restgroep diagnoses
Dissociatieve stoornissen	Restgroep diagnoses
Seksuele stoornissen en genderidentiteitsstoornissen	Restgroep diagnoses
Eetstoornissen	Eetstoornissen
Slaapstoornissen	Restgroep diagnoses
Stoornissen in de impulsbeheersing	Restgroep diagnoses
Aanpassingsstoornissen	Aanpassingsstoornissen
Andere aandoeningen en problemen die een reden voor zorg kunnen zijn	Andere aandoeningen en problemen die een reden voor zorg kunnen zijn

AS 2: Persoonlijkheidsstoornissen	
DSM IV-TR	**Diagnosetabel**
Zwakzinnigheid (stoornissen in de kindertijd) – Lichte zwakzinnigheid – Matige zwakzinnigheid – Ernstige zwakzinnigheid – Diepe zwakzinnigheid – Zwakzinnigheid, ernst niet gespecificeerd	Restgroep diagnoses
Persoonlijkheidsstoornissen – Paranoïde persoonlijkheidsstoornis – Schizoïde persoonlijkheidsstoornis – Schizotypische persoonlijkheidsstoornis – Antisociale persoonlijkheidsstoornis – Borderline persoonlijkheidsstoornis – Theatrale persoonlijkheidsstoornis – Narcistische persoonlijkheidsstoornis – Ontwijkende persoonlijkheidsstoornis – Afhankelijke persoonlijkheidsstoornis – Obsessieve – compulsieve persoonlijkheidsstoornis – Persoonlijkheidsstoornis NAO – Uitgesteld / geen persoonlijkheidsstoornis	Persoonlijkheidsstoornissen
Zwakbegaafdheid (Bijkomende problemen die een reden voor zorg kunnen zijn)	Restgroep diagnoses

AS 3: Somatische aandoeningen	
DSM IV-TR	**Diagnosetabel**
Diagnose op As3 complex	Registreer alleen de somatische diagnoses die een directe relatie hebben met de As 1- of As 2-stoornis
Diagnose op As3 enkelvoudig	
Geen of geen relevante diagnose op As3	

AS 4: Psychosociale en omgevingsfactoren	
DSM IV-TR	**Diagnosetabel**
Problemen binnen de primaire steungroep	Deze psychosociale factoren en omgevingsfactoren mogen alleen vastgesteld worden als ze duidelijk zorgverzwarend werken.
Problemen verbonden aan de sociale omgeving	
Studie/scholingsproblemen	
Werkproblemen	
Woonproblemen	
Financiële problemen	
Problemen met de toegankelijkheid van gezondheidsdiensten	
Problemen met justitie/ politie of met de misdaad	
Andere psychosociale en omgevingsproblemen	
Geen diagnose/ factor op As 4 aanwezig	Indien er geen psychosociale factoren aanwezig zijn of wanneer deze geen consequenties hebben voor de behandeling van de primaire diagnose, dient deze code geregistreerd te worden.

AS 5: GAF-score
GAF
GAF-score 1-10
GAF-score 11-20
GAF-score 21-30
GAF-score 31-40
GAF-score 41-50
GAF-score 51-60
GAF-score 61-70
GAF-score 71-80
GAF-score 81-90
GAF-score 91-100

BIJLAGE IV – ACTIVITEITEN- EN VERRICHTINGENLIJST

VARIANTEN IN BEHANDELACTIVITEITEN

Variant	Omschrijving
Patiënt individueel	Alleen de patiënt wordt behandeld
Patiënt in groep	De patiënt wordt behandeld in een groep
Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt individueel	De patiënt wordt behandeld in bijzijn van het systeem
Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt in groep	De patiënt wordt behandeld in een groep in bijzijn van het systeem
Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt individueel	Er wordt tijd besteed aan het systeem zonder dat de patiënt aanwezig is.
Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt in groep*	Er wordt tijd besteed aan een groep van meerdere systemen van meerdere patiënten zonder dat de patiënten aanwezig zijn.

*) Wanneer er in een groep tijd aan het systeem wordt besteed gelden dezelfde registratieregels als bij groepstherapie.

Activiteit		Soort	Selecteerbaar	Mag direct	Mag indirect	Mag reistijd	Mag groep?
DIAGNOSTIEK EN BEHANDELING							
1. Pré-intake		**Tijdschrijven**	**Ja**	**Nee**	**Ja**	**Nee**	**Ja**
2. Diagnostiek		**Tijdschrijven**	**Nee**				
2.1	*Intake & screening*	*Tijdschrijven*	*Ja*	*Ja*	*Ja*	*Ja*	*Ja*
2.2	*Verwerven informatie van eerdere behandelaars*	*Tijdschrijven*	*Ja*	*Ja*	*Ja*	*Ja*	*Ja*
2.3	*Anamnese / vragenlijsten*	*Tijdschrijven*	*Ja*	*Ja*	*Ja*	*Ja*	*Ja*
2.4	*Hetero-anamnese*	*Tijdschrijven*	*Ja*	*Ja*	*Ja*	*Ja*	*Ja*
2.5	*Psychiatrisch onderzoek*	*Tijdschrijven*	*Ja*	*Ja*	*Ja*	*Ja*	*Ja*
2.6	*Psychodiagnostisch onderzoek*	*Tijdschrijven*	*Nee*	*Nee*	*Nee*	*Nee*	*Nee*
2.6.1	Intelligentie	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
2.6.2	Neuropsychologisch	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
2.6.3	Persoonlijkheid	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
2.7	*Orthodidactisch onderzoek*	*Tijdschrijven*	*Ja*	*Ja*	*Ja*	*Ja*	*Ja*
2.8	*Vaktherapeutisch onderzoek*	*Tijdschrijven*	*Ja*	*Ja*	*Ja*	*Ja*	*Ja*
2.9	*Contextueel onderzoek (gezin, school, etc)*	*Tijdschrijven*	*Ja*	*Ja*	*Ja*	*Ja*	*Ja*
2.10	*Lichamelijk onderzoek*	*Tijdschrijven*	*Ja*	*Ja*	*Ja*	*Ja*	*Ja*
2.11	*Aanvullend onderzoek: lab, rad, klin.neur.)*	*Tijdschrijven*	*Ja*	*Ja*	*Ja*	*Ja*	*Ja*
2.12	*Advisering*	*Tijdschrijven*	*Ja*	*Ja*	*Ja*	*Ja*	*Ja*
2.13	*Overige diagnostische activiteiten*	*Tijdschrijven*	*Ja*	*Ja*	*Ja*	*Ja*	*Ja*
3. Behandeling		**Tijdschrijven**	**Nee**				
3.1	*Communicatieve behandelcontact*	*Tijdschrijven*	*Nee*				
3.1.1	Follow up behandelcontact	Tijdschrijven	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
3.1.1.1	Patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.1.1	Patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.1.2	Patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.1.4	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.1.5	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.1.6	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt individu-eel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.1.7	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.2	Steunend en structurerend behandelcontact	Tijdschrijven	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
3.1.2.1	Patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.2.2	Patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.2.4	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.2.5	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.2.6	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt individu-eel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.2.7	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja

Activiteit		Soort	Selecteerbaar	Mag direct	Mag indirect	Mag reistijd	Mag groep?
3.1.3	Psychotherapie	Tijdschrijven	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
3.1.3.1	Psychoanalyse	Tijdschrijven	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
3.1.3.1.1	Patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.3.1.4	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.3.1.6	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt individu-eel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.3.2	Psychodynamische psychotherapie	Tijdschrijven	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
3.1.3.2.1	Patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.3.2.2	Patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.3.2.4	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.3.2.5	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.3.2.6	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt individu-eel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.3.2.7	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.3.3	Gedragstherapie	Tijdschrijven	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
3.1.3.3.1	Patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.3.3.2	Patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.3.3.4	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt individu	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.3.3.5	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.3.3.6	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt individu-eel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.3.3.7	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.3.4	*Cognitieve gedragstherapie*	Tijdschrijven	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
3.1.3.4.1	Patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.3.4.2	Patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.3.4.4	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt individu	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.3.4.5	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.3.4.6	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt individu-eel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.3.4.7	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.3.5	*Interpersoonlijke therapie*	Tijdschrijven	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
3.1.3.5.1	Patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.3.5.2	Patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.3.5.4	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt individu	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.3.5.5	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.3.5.6	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt individu-eel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.3.5.7	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.3.6	*Patiëntgerichte therapie*	Tijdschrijven	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
3.1.3.6.1	Patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.3.6.2	Patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.3.6.4	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt individu	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.3.6.5	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.3.6.6	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt individu-eel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.3.6.7	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.3.7	*Systeemtherapie*	Tijdschrijven	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
3.1.3.7.1	Patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee

Activiteit		Soort	Selecteerbaar	Mag direct	Mag indirect	Mag reistijd	Mag groep?
3.1.3.7.2	Patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.3.7.4	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt individu	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.3.7.5	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.3.7.6	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.3.7.7	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.3.8	*Overig psychotherapie*	Tijdschrijven	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
3.1.3.8.1	Patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.3.8.2	Patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.3.8.4	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt individu	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.3.8.5	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.3.8.6	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.3.8.7	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.4	Overige (communicatieve) behandeling	Tijdschrijven	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
3.1.4.1	Patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.4.2	Patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.4.4	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt individu	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.4.5	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.4.6	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.4.7	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.2	*Farmacotherapie*	*Tijdschrijven*	*Ja*	*Ja*	*Ja*	*Ja*	*Ja*
3.3	*Fysische therapie*	*Tijdschrijven*	*Nee*	*Nee*	*Nee*	*Nee*	*Nee*
3.3.1	Electroconvulsietherapie	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.3.2	Lichttherapie	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.3.3	Transcraniële magnetische stimulatie	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.3.4	Overig behandeling fysische technieken	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.3.5	Deep brain stimulation	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.3.6	Neurofeedback	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.4	*Vaktherapie*	*Tijdschrijven*	*Nee*	*Nee*	*Nee*	*Nee*	*Nee*
3.4.1	Creatieve therapie (drama, beeldend, muziek, dans, etc)	Tijdschrijven	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
3.4.1.1	Patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.4.1.2	Patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.4.1.4	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt individu	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.4.1.5	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.4.1.6	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.4.1.7	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.4.2	Psychomotorische therapie (beweging, expressie)	Tijdschrijven	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
3.4.2.1	Patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.4.2.2	Patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.4.2.4	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt individu	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.4.2.5	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.4.2.6	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.4.2.7	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.4.3	Vaktherapie overig	Tijdschrijven	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee

Activiteit		Soort	Selecteerbaar	Mag direct	Mag indirect	Mag reistijd	Mag groep?
3.4.3.1	Patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.4.3.2	Patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.4.3.4	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt individu	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.4.3.5	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.4.3.6	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt individu-eel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.4.3.7	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.5	*Fysiotherapie*	*Tijdschrijven*	*Nee*	*Nee*	*Nee*	*Nee*	*Nee*
3.5.1	Patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.5.2	Patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.5.6	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt individu-eel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.5.7	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.6	*Ergotherapie*	*Tijdschrijven*	*Nee*	*Nee*	*Nee*	*Nee*	*Nee*
3.6.1	Patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.6.2	Patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.6.6	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt individu-eel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.6.7	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
4. Begeleiding		**Tijdschrijven**	**Nee**				
4.1	*Activerend begeleidingscontact*	*Tijdschrijven*	*Nee*	*Nee*	*Nee*	*Nee*	*Nee*
4.1.1	Patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
4.1.2	Patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
4.1.4	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt individu	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
4.1.5	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
4.1.6	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt individu-eel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
4.1.7	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
4.2	*Ondersteunend begeleidingscontact*	*Tijdschrijven*	*Nee*	*Nee*	*Nee*	*Nee*	*Nee*
4.2.1	Patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
4.2.2	Patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
4.2.4	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt individu	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
4.2.5	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
4.2.6	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt individu-eel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
4.2.7	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
5. Verpleging		**Tijdschrijven**	**Nee**				
5.1	*Verpleging*	*Tijdschrijven*	*Ja*	*Ja*	*Ja*	*Ja*	*Ja*
6. Crisis		**Tijdschrijven**	**Nee**				
6.1	*Crisiscontact binnen kantooruren*	*Tijdschrijven*	*Ja*	*Ja*	*Ja*	*Ja*	*Ja*
6.2	*Crisiscontact buiten kantooruren*	*Tijdschrijven*	*Ja*	*Ja*	*Ja*	*Ja*	*Ja*
6.3	*Intake en screening crisisinterventie*	*Tijdschrijven*	*Ja*	*Ja*	*Ja*	*Ja*	*Ja*
6.4	*Psychiatrisch onderzoek crisisinterventie*	*Tijdschrijven*	*Ja*	*Ja*	*Ja*	*Ja*	*Ja*
6.5	*Farmacotherapie crisisinterventie*	*Tijdschrijven*	*Ja*	*Ja*	*Ja*	*Ja*	*Ja*
6.6	*Steunend en structurerend crisiscontact*	*Tijdschrijven*	*Ja*	*Ja*	*Ja*	*Ja*	*Ja*
7. Algemeen indirecte tijd		**Tijdschrijven**	**Nee**				
7.1	*Zorgcoördinatie*	*Tijdschrijven*	*Ja*	*Nee*	*Ja*	*Nee*	*Ja*
7.2	*No show*	*Tijdschrijven*	*Ja*	*Nee*	*Nee*	*Ja*	*Ja*
7.3	*Interne patiëntbespreking (MDO)*	*Tijdschrijven*	*Ja*	*Nee*	*Ja*	*Nee*	*Ja*
7.4	*Extern overleg met derden (buiten de instelling)*	*Tijdschrijven*	*Ja*	*Nee*	*Ja*	*Nee*	*Ja*
7.5	*Verslaglegging algemeen (b.v. correspondentie, brief)*	*Tijdschrijven*	*Ja*	*Nee*	*Ja*	*Nee*	*Ja*

Activiteit		Soort	Selecteerbaar	Mag direct	Mag indirect	Mag reistijd	Mag groep?
7.6	*Activiteiten ivm juridische procedures (b.v. IBS, Bopz)*	*Tijdschrijven*	*Ja*	*Nee*	*Ja*	*Nee*	*Ja*
7.7	*Regelen tolken*	*Tijdschrijven*	*Ja*	*Nee*	*Ja*	*Nee*	*Ja*
8. Verblijf (per verblijfsdag)		**Verblijfsdag**	**Nee**				
8.8	*Verblijf met overnachting (24-uurs verblijf)*	*Verblijfsdag*	*Nee*	*Nee*	*Nee*	*Nee*	*Nee*
8.8.01	Deelprestatie verblijf A (Lichte verzorgingsgraad)	Verblijfsdag	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
8.8.02	Deelprestatie verblijf B (Beperkte verzorgingsgraad)	Verblijfsdag	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
8.8.03	Deelprestatie verblijf C (Matige verzorgingsgraad)	Verblijfsdag	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
8.8.04	Deelprestatie verblijf D (Gemiddelde verzorgingsgraad)	Verblijfsdag	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
8.8.05	Deelprestatie verblijf E (Intensieve verzorgingsgraad)	Verblijfsdag	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
8.8.06	Deelprestatie verblijf F (Extra intensieve verzorgingsgraad)	Verblijfsdag	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
8.8.07	Deelprestatie verblijf G (Zeer intensieve verzorgingsgraad)	Verblijfsdag	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
8.9	*Verblijf zonder overnachting*	*Verblijfsdag*	*Nee*	*Nee*	*Nee*	*Nee*	*Nee*
8.9.01	Deelprestatie verblijf zonder overnachting	Verblijfsdag	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
9. Dagbesteding		**Dagbesteding**	**Nee**				
9.1	Dagbesteding sociaal (ontmoeting)	Dagbesteding	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
9.2	Dagbesteding activering (dagactiviteiten)	Dagbesteding	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
9.3	Dagbesteding educatie	Dagbesteding	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
9.4	Dagbesteding arbeidsmatig	Dagbesteding	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
9.5	Dagbesteding overig	Dagbesteding	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
10. Verrichting		**Verrichting**	**Nee**				
10.1	*Electroconvulsietherapie*	*Verrichting*	*Ja*	*Nee*	*Nee*	*Nee*	*Nee*
10.2	*Ambulante methadon (medicijn, registratie per maand)*	*Verrichting*	*Ja*	*Nee*	*Nee*	*Nee*	*Nee*
10.3	*Beschikbaarheidcomponent 24-uurs crisiszorg*	*Verrichting*	*Ja*	*Nee*	*Nee*	*Nee*	*Nee*

CRISISACTIVITEITEN TIJDENS DE CRISISDIENST

Crisisinterventie zonder opname (301)	Crisisinterventie met opname (302)
DC:0-3	**Diagnosetabel**
Beschikbaarheidcomponent crisisdienst	Beschikbaarheidcomponent crisisdienst
Crisisactiviteiten – Crisiscontact binnen kantooruren – Crisiscontact buiten kantooruren – Intake en screening crisisinterventie – Psychiatrisch onderzoek crisisinterventie – Farmacotherapie crisisinterventie – Steunend en structurerend crisiscontact	Crisisactiviteiten – Crisiscontact binnen kantooruren – Crisiscontact buiten kantooruren – Intake en screening crisisinterventie – Psychiatrisch onderzoek crisisinterventie – Farmacotherapie crisisinterventie – Steunend en structurerend crisiscontact
Algemeen indirecte tijd	Algemeen indirecte tijd
	Verblijfsdagen met overnachting

BIJLAGE V – DEFINITIES ACTIVITEITEN EN VERRICHTINGEN

In deze bijlage zijn de definities opgenomen van de activiteiten en verrichtingen. In bijlage I is een lijst met activiteiten en verrichtingen opgenomen.

Diagnostiek en behandeling en behandeling

1. Pré-intake

Op deze activiteit wordt de *indirect patiëntgebonden tijdsbesteding* geschreven die wordt besteed aan patiënten voorafgaand aan de intake. Het is mogelijk dat een DBC met alleen pré-intake niet leidt tot een vervolgtraject en dus niet verder getypeerd zal worden. De DBC kan dan worden afgesloten met reden van sluiten pré-intake, intake of diagnostiek. Voorbeelden zijn: een patiënt proberen te bereiken voor een eerste afspraak, overleg met de verwijzer over de geschiktheid voor verwijzing van een potentiële patiënt. Onder pré-intake mogen geen activiteiten in het kader van openbare ggz of preventie worden geschreven. Op pré-intake kan alleen indirect patiëntgebonden tijd worden geregistreerd.

2. Diagnostiek

Dit onderdeel omvat alle activiteiten gericht op verduidelijking van de klachten en van de zorgvraag. Onder diagnostiek onderscheiden we de volgende activiteiten:
a. Intake/screening: alle (gespreks)activiteiten gericht op verduidelijking van de klachten en van de zorgvraag.
b. Verwerven informatie van eerdere behandelaars.
c. Anamnese: het verzamelen van alle noodzakelijke diagnostische informatie bij de patiënt middels gesprekken en vragenlijsten.
d. Hetero-anamnese: het verzamelen van alle noodzakelijke diagnostische informatie bij de partner, familie of andere relaties van de patiënt middels gesprekken en vragenlijsten.
e. Psychiatrisch onderzoek.
f. Psychodiagnostisch onderzoek (intelligentie, neuropsychologisch, persoonlijkheid).
g. Orthodidactisch onderzoek.
h. Vaktherapeutisch onderzoek.
i. Contextueel onderzoek (gezin, school, et cetera): inschatten van de invloed/beperkingen/mogelijkheden van gezin, school of andere voor het kind/de jeugdige betekenisvolle milieus.
j. Lichamelijk onderzoek.
k. Aanvullend onderzoek (laboratorium, radiologie, klinische neurofysiologie, nucleaire geneeskunde). De behandelaar registreert de patiëntgebonden tijd die hij besteedt aan het aanvragen en (laten) uitvoeren van aanvullend onderzoek.
l. Advisering: diagnostische bevindingen en beleidsadvies bespreken met betrokkenen en in gezamenlijkheid bepalen van het verdere beleid.
m. Overige diagnostische activiteiten.

Op deze activiteiten wordt alle daarmee samenhangende direct en indirect patiëntgebonden tijd geschreven.

3. Behandeling

a. Communicatieve behandeling: hieronder wordt iedere vorm van behandeling verstaan waarbij communicatie op zichzelf het belangrijkste instrument is om tot vermindering van klachten of symptomen te komen. Het begrip omvat wat vroeger ook wel ‘gespreksbehandeling’ werd genoemd, maar biedt tevens ruimte voor elektronische of schriftelijke communicatie en voor non-verbale communicatietechnieken.
   De categorie communicatieve behandeling is onderverdeeld in de volgende groepen:
   i. Follow-up behandelingscontact: hierbij wordt het beloop van de klachten en symptomen vastgelegd in het vervolg op een eerder ingestelde behandeling van welke soort dan ook. Zo nodig wordt de eerder ingestelde behandeling aangepast en worden adviezen gegeven met betrekking tot het dagelijks functioneren van de patiënt.
   ii. Steunend en structurerend behandelingscontact: ter vermindering van klachten en symptomen en verandering van habituele gedragspatronen, wordt gericht gebruik gemaakt van empathie, confrontatie, cognitieve herordening en gedragsveranderende technieken.
   iii. Psychotherapie: is opgesplitst in een aantal mogelijke soorten psychotherapie. Met name die vormen zijn genoemd die steunen op de uitkomsten van wetenschappelijk onderzoek of op de professionele traditie. Daarnaast is een categorie ‘overig’ opgenomen (denk bijvoorbeeld aan vormen van psychotherapie die niet in de registratielijst worden genoemd zoals kinderpsychotherapie, familieopstellingen, milieutherapie et cetera).
   iv. Overige (communicatieve) behandelcontacten betreffen alle activiteiten die vallen onder

communicatieve behandeling maar niet zijn te plaatsen onder de hierboven genoemde groepen. Onder deze categorie kunnen we onder andere de volgende activiteiten rekenen: psycho-educatie, training patiënten, ouder-groepstraining, videohometraining, instructies, et cetera. Ook de somatische activiteiten en logopedie kunnen onder deze activiteit worden weggeschreven.

Op deze activiteiten wordt alle daarmee samenhangende patiëntgebonden tijd geschreven. Preventieve activiteiten die in het kader van het behandeltraject van de patiënt plaatsvinden, kunnen worden weggeschreven als directe tijd onder overige (communicatieve) behandelcontacten bijvoorbeeld leefstijltraining, educatieve behandeling et cetera.

b. Farmacotherapie: dit betreft de medicamenteuze behandeling van psychiatrische en somatische aandoeningen bij patiënten (zowel klinisch als ambulant). Op deze activiteit wordt de directe en indirect patiëntgebonden tijd geschreven met betrekking tot het voorschrijven en toepassen van farmacotherapie (het consult).
c. Fysische therapie: dit betreft de behandeling met behulp van fysische technieken. Daarbij worden fysische stimuli (zoals elektriciteit, magnetische golven et cetera) op (delen van) de hersenen gericht. De toediening van de stimuli kan binnen de schedel plaatsvinden, door de schedel heen of via afferente zenuwbanen. Deze vormen van behandeling zijn sterk in ontwikkeling. De volgende vormen van fysische therapie zijn opgenomen:
   i. Electroconvulsietherapie
   ii. Lichttherapie
   iii. Transcraniële magnetische stimulatie
   iv. Overig behandeling fysische technieken
   v. Deep brain stimulation

   De behandelaren registreren de door hen bestede patiëntgebonden tijd op deze activiteiten. Voor electroconvulsietherapie geldt dat de materiële kosten en de inzet van beroepen die niet voorkomen op de DBC-beroepentabel (bijvoorbeeld anesthesist, verkoeverpleegkundige) in kaart worden gebracht via registratie van een verrichting/behandeling ECT.
d. Vaktherapie: dit is een verzamelnaam voor behandelingen die worden gekenmerkt door het non-verbale en ervaringsgerichte karakter. We onderscheiden daarbinnen de tijdsbesteding aan de volgende activiteiten:
   i. Creatieve therapie, zoals dramatherapie, beeldende therapie, muziek- en danstherapie.
   ii. Psychomotorische therapie, gericht op één of meerdere componenten van de elementen beweging, expressie en interactie.
e. Fysiotherapie: op deze activiteit wordt de patiëntgebonden tijd geschreven met betrekking tot fysiotherapeutische behandeling zoals bedoeld in de NZa-tarievenlijst ziekenhuizen.
f. Ergotherapie: op deze activiteit wordt de patiëntgebonden tijd geschreven met betrekking tot ergotherapeutische behandeling zoals bedoeld in de NZa-tarievenlijst ziekenhuizen.

4. Begeleiding

Begeleiding betreft methodisch verantwoorde beïnvloeding (doelgericht, bewust, procesmatig en systematisch) van een patiënt of patiëntsysteem, waarbij de verantwoording ligt bij de patiënt. In tegenstelling tot behandeling is het niet gericht op fundamentele verbetering maar op emotionele opvang, herstel of verbetering in sociaal functioneren geplaatst tegen de achtergrond van een reëel perspectief.

a. Activerende begeleiding: dit omvat door een instelling te verlenen activerende activiteiten gericht op het herstel of voorkomen van verergering van gedrags- of psychische problematiek.
b. Ondersteunende begeleiding (OB): omvat ondersteunende activiteiten in verband met een psychiatrische aandoening of beperking, gericht op bevordering of behoud van zelfredzaamheid of bevordering van de integratie van de verzekerde in de samenleving, te verlenen door een instelling. In de meeste gevallen zal OB niet onder de tweedelijns gespecialiseerde GGZ vallen. Het College voor Zorgverzekeringen geeft aan dat alleen de OB onder de Zorgverzekeringswet valt als deze strikt noodzakelijk is om de behandeling te laten slagen. OB is in dat geval namelijk een onlosmakelijk onderdeel van de behandeling (geneeskundige zorg) en dit betekent dat de behandelaar ook de OB direct aanstuurt. OB kan in dit geval naast de behandelactiviteit geregistreerd worden op de DBC van de betreffende patiënt. Pré-intake, intake en diagnostiek zijn onderdeel van de Zorgverzekeringswet. Deze activiteiten kunnen te allen tijde gevat worden in een DBC. Mocht de diagnosestelling leiden tot enkel ondersteunende begeleidingscontacten (al dan niet in combinatie met pré-intake en/of intake/diagnostiek en/of algemeen indirecte tijd en/of dagbesteding en/of verblijf zonder overnachting) dan wordt de DBC afgekeurd in de validatie. De DBC kan dan, mits de ondersteunende begeleidingscontacten zijn verwijderd, worden gesloten (afsluitreden 5).

5. Verpleging

Verpleging in het kader van de Zvw kan als onderdeel van geneeskundige zorg (artikel 2.4 Bzv)

voorkomen. Werkzaamheden die verpleegkundigen verrichten in het kader van geneeskundige zorg, behoren tot de prestatie geneeskundige zorg. In artikel 2.10 Bzv wordt er op gewezen dat verpleging een onderdeel kan zijn van verblijf. Tot slot is verpleging als afzonderlijke prestatie mogelijk in verband met medisch-specialistische zorg, maar zonder verblijf (artikel 2.11 Bzv).

6. Algemeen indirecte tijd

a. Zorgcoördinatie: zorgcoördinatie heeft ten doel om alle zorg die een individuele patiënt van de eigen instelling met complexe problematiek op enig moment nodig zou kunnen hebben voor hem/haar beschikbaar te kunnen maken en op elkaar af te stemmen. De tijdsbesteding aan alle activiteiten die in dit kader ten behoeve van deze individuele patiënt worden uitgevoerd, wordt op deze activiteit geregistreerd. Behandelaren kunnen hun tijd op de activiteit zorgcoördinatie verantwoorden indien er sprake is van coördinerende activiteiten ten behoeve van de patiënt 'over de muren van de afdeling of instelling heen'. Dit kan betrekking hebben op:
   i. ofwel coördineren van de zorg van verschillende behandelaren of afdelingen binnen een instelling;
   ii. ofwel coördineren van de zorg van de eigen zorginstelling en andere zorginstellingen en instanties.

   Alle overige coördinerende activiteiten die direct samenhangen met het uitvoeren van de op deze lijst genoemde activiteiten en verrichtingen, vallen hier dus niet onder. Tevens vallen hier niet onder de coördinerende activiteiten die voor groepen patiënten of voor de gehele instelling worden uitgevoerd.
b. No show: het komt voor dat patiënten niet verschijnen op gemaakte afspraken zodat er "loze ruimte" ontstaat in de agenda van de behandelaar. Dit wordt ook wel aangeduid als "No show". No show is een gepland patiëntcontact met een behandelaar, waarop de patiënt niet verschijnt, terwijl de patiënt niet binnen een (werkdag) termijn van 24 uur voorafgaand aan de afspraak heeft afgezegd. Voor het registreren van No show gelden volgende regels:
   i. Op de activiteit 'No show' mag geen (in)directe tijd geschreven worden.
   ii. In geval van 'No show' mag alleen reistijd als indirecte tijd worden geschreven. In dit geval gaat de behandelaar op huisbezoek en blijkt de patiënt om welke reden dan ook niet thuis te zijn/open te doen. Deze "verloren" reistijd kan geregistreerd worden.
c. Interne patiëntbespreking (MDO): onder een interne patiëntbespreking verstaan we de tijdsbesteding van een behandelaar aan het voeren van overleg met collega-behandelaren (dus binnen de eigen instelling) over de hulpverlening aan patiënten ter voorbereiding of naar aanleiding van de uitvoering van een activiteit of verrichting. Ten aanzien van de interne patiëntenbespreking, (het multidisciplinair overleg) geldt dat veelal sprake is van een groepsgewijze bespreking. Meerdere behandelaren bespreken meerdere patiënten tijdens een overleg. Alle behandelaren registreren de totale bestede tijd (totale duur van het MDO) op deze activiteit. Deze tijd wordt verdeeld over de DBC's van alle tijdens het MDO besproken patiënten.

   Voorbeeld: er vindt een MDO plaats met drie behandelaren waar zes patiënten aan bod komen. Het MDO duurt 60 minuten. De drie behandelaren verdelen nu elk het door hen bestede uur MDO over alle zes besproken patiënten.
d. Extern overleg: de tijdsbesteding van een behandelaar die is gemoeid met het voeren van overleg met derden (dus buiten de eigen instelling) over de hulpverlening of naar aanleiding daarvan (bijvoorbeeld: een consult dat plaatsvindt tussen een behandelaar en een leraar over een kind dat in behandeling is).
e. Verslaglegging algemeen: verslaglegging algemeen zoals correspondentie over of namens de patiënt of een ontslagbrief.
f. Activiteiten i.v.m. juridische procedures (IBS, Bopz): administratieve activiteiten, correspondentie, et cetera in verband met juridische of gerechtelijke procedures van een patiënt.
g. Regelen tolken: de tijdsbesteding van een behandelaar die is gemoeid met het regelen van een tolk voor een activiteit of verrichting die face-to-face wordt uitgevoerd. Met betrekking tot het regelen van een doventolk kan er algemeen indirecte tijd worden geregistreerd.

Crisis

Crisis-activiteiten kunnen geregistreerd worden als er sprake is van een crisissituatie waarin een crisis-DBC geopend wordt.
'Een crisissituatie ggz is een acute situatie van een patiënt die direct (medisch) ingrijpen noodzakelijk maakt teneinde direct (of vermeend) fysiek of psychisch gevaar voor de persoon of de omgeving af te wenden, dan wel om ernstige overlast te beëindigen. De acute situatie kan het gevolg zijn van een geestesstoornis d.w.z. een ernstige stoornis van het oordeelsvermogen, in het bijzonder, een psychotische toestand waarbij het handelen voortkomt uit hallucinaties of waanvoorstellingen, acute

dreiging van suïcide of ernstige verwardheid als gevolg van een organische hersenaandoening'[22]. Alleen instellingen met een 24-uurs crisisdienst met een regionale functie mogen een crisis-DBC openen.

a. Crisiscontact binnen kantooruren: een patiëntgebonden contact bij acute en/of niet-geplande problematiek, dat plaatsvindt in het kader van de 7x24-uurs dienst op maandag tot en met vrijdag, niet zijnde een feestdag, waarbij de (indirect of direct) patiëntgebonden tijd 50% of meer valt binnen de periode van 08.00 – 18.00 uur.
b. Crisiscontact buiten kantooruren: een patiëntgebonden contact bij acute en/of niet-geplande problematiek, dat plaatsvindt in het kader van de 7x24-uurs dienst op zaterdagen, zondagen en feestdagen en ieder patiëntgebonden contact bij acute problematiek in het kader van de 7x24-uurs dienst op werkdagen waarbij de (indirect of direct) patiëntgebonden tijd voor meer dan 50% valt buiten de periode van 08.00-18.00 uur.
c. Intake en screening crisisinterventie: alle (gesprek)activiteiten gericht op verduidelijking van de klachten en van de crisisinterventie.
d. Psychiatrisch onderzoek crisisinterventie: alle activiteiten in het kader van een psychiatrisch onderzoek tijdens de intake van de crisisinterventie, ter ondersteuning van de gegevensverzameling.
e. Farmacotherapie crisisinterventie: dit betreft de medicamenteuze behandeling van psychiatrische en somatische aandoeningen bij patiënten tijdens een crisisinterventie. Op deze activiteit wordt de directe en indirect patiëntgebonden tijd geschreven met betrekking tot het voorschrijven en toepassen van farmacotherapie.
f. Steunend en structurerend crisiscontact: dit contact is vooral gericht op de stabilisatie van de patiënt tijdens de crisisinterventie en op het voorkomen van verergering van gedrag- of psychische problematiek.

Verblijf

1. Verblijf met overnachting (24-uurs verblijf)

Verblijf inclusief overnachtingen wordt geregistreerd in aanwezigheidsdagen. Er is sprake van aanwezigheid indien de patiënt gedurende de dag aanwezig is in de instelling. Indien de patiënt na 20:00 uur wordt opgenomen kan geen verblijfsdag meer worden geregistreerd. De patiënt is dan niet gedurende de dag aanwezig geweest. Afwezigheidsdagen (bijvoorbeeld voor weekend- of vakantieverlof) worden niet geregistreerd op de DBC van de patiënt.

Artikel 2.10 Bzv
1. *Verblijf omvat verblijf gedurende een ononderbroken periode van ten hoogste 365 dagen, dat medisch noodzakelijk is in verband met de geneeskundige zorg, bedoeld in artikel 2.4, al dan niet gepaard gaande met verpleging, verzorging of paramedische zorg.*
2. *Een onderbreking van ten hoogste dertig dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de 365 dagen.*
3. *In afwijking van het tweede lid tellen onderbrekingen wegens weekend- en vakantieverlof wel mee voor de berekening van de 365 dagen.*

2. Verblijf zonder overnachting

VZO wordt geregistreerd in aanwezigheidsdagen. Er is sprake van aanwezigheid indien de patiënt een aantal uur aanwezig is, gemiddeld tussen 9.00 en 17.00 uur. De patiënt ontvangt gedurende de dag diverse vormen van diagnostiek en behandeling, maar verblijft 's nachts niet in de instelling. Deze deelprestatie is bedoeld voor patiënten waarbij ondersteuning van verblijf met een VOV-functie noodzakelijk is voor een goed verloop van de diagnostiek en behandeling. VZO mag alleen geregistreerd worden, indien er voldaan is aan de registratie van minimaal twee direct patiëntgebonden activiteiten in de hoofdgroep diagnostiek en/of behandeling of de verrichting ECT en indien er niet meer dan vier uur direct patiëntgebonden tijd is geleverd

Dagbesteding

Het doel van dagbesteding is het bevorderen, behouden of compenseren van de zelfredzaamheid van de patiënt. Binnen de gespecialiseerde GGZ is het van belang dat de dagbesteding:
a. altijd in het kader is van de (psychiatrische) behandeling en;
b. terug te vinden is in het behandelplan van de patiënt dat is opgesteld door de hoofdbehandelaar.

---

[22] Zie voor meer informatie http://www.ggz-connect.nl/bericht/1145/profiel-crisisdienst-ggz-acute-dienst-ggz/comment/1896/downloaden/2013+profiel+crisisdienst+ggz+-+def+met+logo.pdf.

Dagbesteding wordt geregistreerd op basis van uren aanwezigheid.

1. Dagbesteding sociaal (ontmoeting)

De meest basale functie van een dagactiviteitencentrum is de ontmoetingsfunctie. De inloopfunctie is de meest 'laagdrempelige' functie in het kader van dag- en arbeidsmatige activiteiten. Het gaat dan ook vooral om de beschikbaarheidfunctie. Dat betekent dat aan deelnemers over het algemeen geen stringente eisen worden gesteld voor wat betreft de deelname aan de inloop.

2. Dagbesteding activering

Dit gaat verder dan alleen anderen ontmoeten en betreft deelname aan recreatieve, creatieve of sportieve activiteiten. Tekenen en schilderen bijvoorbeeld, maar ook gipsgieten, kleding maken, tuinieren, voetballen, zwemmen of sjoelen. (Re)creatieve activiteiten worden over het algemeen groepsgewijs aangeboden. De deelname is niet verplicht, maar is minder vrijblijvend dan bij dagbesteding sociaal. Het aantal patiënten varieert per type (re)creatieve activiteit van enkele patiënten tot wel twintig. Voor incidentele activiteiten, zoals jaarlijkse uitstapjes, kan het aantal patiënten nog groter zijn.

3. Dagbesteding educatie

Te denken valt aan een computercursus, een cursus boekbinden, lijsten maken, gitaarspelen, tekenen, bloemschikken, drama en toneel enzovoorts. Ook bij de educatieve activiteiten is er over het algemeen sprake van een vast weekprogramma en een groepsgewijs aanbod. Deelname is niet verplicht, maar het is de bedoeling dat de patiënten er iets van opsteken en daarom is deelname minder vrijblijvend dan bij de recreatieve activiteiten.

4. Dagbesteding arbeidsmatig

Arbeidsmatige activiteiten zijn gestructureerde activiteiten. Begeleiders en deelnemers maken afspraken over de werkzaamheden die verricht zullen worden. De activiteiten zijn gericht op het opdoen van arbeidsvaardigheden en -ervaring. De zorginstelling kan een functie vervullen in de begeleiding van patiënten die aan het werk willen in het reguliere arbeidsproces. Het gaat hierbij om onbetaalde werkzaamheden, soms wordt een (beperkte) onkostenvergoeding verstrekt. Er zijn duidelijke afspraken gemaakt over het aantal dagdelen dat de patiënt werkzaam is en het tijdstip waarop de werkzaamheden verricht worden. De volgende punten zijn hierbij van belang:

a. arbeidsmatige activiteiten hebben betekenis in het kader van persoonlijke ontplooiing en verkenning van individuele mogelijkheden (bijvoorbeeld gericht op het opdoen van arbeidservaring of op het toeleiden naar een (on-)betaalde baan);
b. arbeidsmatige activiteiten zijn gericht op het aanleren en/of onderhouden van arbeidsvaardigheden (het DAC als stimulerend oefenmilieu);
c. arbeidsmatige activiteiten zijn gericht op persoonlijk en maatschappelijk herstel van mensen met psychiatrische en/of psychische problemen en dragen op die manier bij aan de bevordering van maatschappelijke (her)integratie;
d. arbeidsmatige activiteiten hebben een stabiliserend effect op het dagelijks leven van de patiënten en dragen op die manier bij aan het voorkomen van isolement, terugval en decompensatie.

Essentieel voor arbeidsmatige activiteiten is:

a. dat er een overeenkomst (mondeling dan wel schriftelijk) bestaat tussen de individuele patiënt en de organisatie waarin geregeld is wat er van elkaar wordt verwacht;
b. dat er sprake is van activiteiten die gericht zijn op een toeleidingstraject naar (betaalde of onbetaalde) arbeid in een andere setting of dat er sprake is van arbeidsmatige activiteiten als dagbesteding die plaats blijven vinden in het activiteitencentrum.

5. Dagbesteding overig

Alle dagbesteding die niet onder dagbesteding sociaal, activering, educatie of arbeidsmatig valt, maar wel wordt ingezet in het kader van de behandeling van een patiënt met een bepaalde primaire diagnose, kan onder dagbesteding overig worden geregistreerd.

Pré-intake, intake en diagnostiek zijn onderdeel van de Zorgverzekeringswet. Deze activiteiten kunnen te allen tijde geregistreerd worden op een DBC. Mocht de diagnosestelling leiden tot enkel dagbesteding (al dan niet met Ondersteunende begeleidingscontacten), dan kan er geen aanspraak gemaakt worden op de Zvw en dient de DBC te worden afgesloten met afsluitreden 5. Een DBC met uitsluitend dagbesteding (al dan niet in combinatie met pré-intake, intake/diagnostiek, algemeen indirecte tijd,

ondersteunende begeleidingscontacten en/of verblijf zonder overnachting) wordt afgekeurd in de validatie.

Verrichtingen

Verrichtingen worden geregistreerd in aantallen: ECT per behandeling en Methadon per maand waarin de stof Methadon ambulant is verstrekt.

1. ECT

De materiële kosten en de inzet van behandelaren die niet voorkomen op de DBC-beroepentabel (zoals de anesthesist) worden in kaart gebracht via de registratie van het aantal behandelingen ECT.

2. Methadon (ambulante verstrekking per maand)

Wanneer Methadon aan een patiënt wordt verstrekt, wordt dit per maand geregistreerd op de DBC van de patiënt. Ambulante verstrekking in een maand wordt gezien als één verrichting. Dit is ongeacht de hoeveelheid en frequentie van de ambulante Methadonverstrekking in die maand. Een DBC met een verrichting Methadon (ambulante verstrekking per maand) dient altijd de activiteit farmacotherapie te bevatten. DBC's met de verrichting Methadon (ambulante verstrekking per maand) zonder de activiteit farmacotherapie vallen uit in de validatie.

3. Beschikbaarheidcomponent 24-uurs crisiszorg

Deze verrichting vergoedt de extra kosten voor de beschikbaarheidfunctie van de crisisdienst en de salaristoeslagen voor het werk van behandelaar buiten kantooruren. De verrichting mag maar één keer per crisis-DBC geregistreerd worden en alleen door *instellingen met een 24-uurs crisisdienst met een regionale functie.* Een beschikbaarheidcomponent voor 24-uurs crisiszorg kan enkel geregistreerd worden op een crisis-DBC die directe tijd bevat. Een crisis-DBC bevat altijd de activiteiten van de categorie "crisiscontacten" én de verrichting 'Beschikbaarheidcomponent voor 24-uurs crisiszorg. Is dat niet het geval, dan valt de DBC uit in de validatie.

BIJLAGE VI – BEROEPENTABEL

Hoofdbehandelaar en behandelaren

De hoofdbehandelaar is een zorgverlener die, in reactie op de zorgvraag van een patiënt, bij de patiënt de diagnose stelt en door wie of onder wiens verantwoordelijkheid de behandeling plaatsvindt. Dit houdt in dat de hoofdbehandelaar verantwoordelijk is voor alle acties die in het kader van de behandeling van een patiënt gedurende het gehele DBC-traject plaatsvinden. Behandelaren die geen hoofdbehandelaar zijn (en dus geen patiënten typeren) registreren alleen activiteiten en verrichtingen. Een hoofdbehandelaar is vaak ook behandelaar en registreert dus ook activiteiten en verrichtingen.

De DBC-beroepentabel

De DBC-beroepentabel sluit aan bij een landelijk erkende indeling van beroepen: de beroepenstructuur van het Coördinerend Orgaan Nascholing en Opleiding in de GGZ (CONO). Het CONO heeft in haar beroepenstructuur die beroepen opgenomen, die bevoegd en bekwaam zijn om een rol te vervullen in de (individuele diagnosegerichte) behandeling van patiënten in de ggz. Het CONO sluit aan bij de in de Wet BIG geregistreerde beroepen en heeft hier de beroepen aan toegevoegd die (nog) niet geregistreerd zijn in de Wet BIG, maar binnen de GGZ wel eenzelfde landelijk erkende status hebben. Het model DBC ggz gaat uit van de versie van de CONO-beroepenstructuur, die dateert van 19 november 2004.

De beroepenstructuur van het CONO onderscheidt zes beroepenclusters: de clusters medische, psychotherapeutische, agogische, psychologische, vaktherapeutische en verpleegkundige beroepen. In het model DBC ggz is hieraan een zevende cluster toegevoegd: de 'somatische beroepen werkzaam in de GGZ'. Hierbinnen vallen die beroepen, die vanuit hun somatische beroep activiteiten in de GGZ uitvoeren, maar niet primair (breder) opgeleid zijn voor een rol in de GGZ. Denk hierbij aan de huisarts, neuroloog, klinisch geriater, fysiotherapeut en dergelijke. De complete DBC-beroepentabel is hieronder opgenomen.
Het CONO onderscheidt in elk beroepencluster vier niveaus. In de Wet BIG wordt bepaald wanneer sprake is van een basisberoep en van een specialisme. Het CONO heeft hier, met instemming van de minister van VWS en van de Tweede Kamer, het initiële niveau en het niveau specialisatie/functiedifferentiatie aan toegevoegd.

Bij de indeling van de in de instelling of praktijk werkzame behandelaren volgens de DBC-beroepentabel moet onderscheid gemaakt worden tussen:

1. *Beroepen:* die beroepen die worden onderscheiden op de beroepenstructuur van het CONO en daarmee (individueel) bevoegd/bekwaam zijn om een zelfstandige rol in het behandelproces van de patiënt in de tweedelijns GGZ te vervullen.
2. *Taken:* taken zijn de activiteiten en verrichtingen die in het primaire proces door beroepen worden uitgevoerd. De uitgevoerde taken worden in het DBC-model geregistreerd via de activiteiten- en verrichtingenlijst.
3. *Functies:* instellingen/praktijken maken via functies (en functieomschrijvingen) een vertaalslag van beroepen naar taken: welke beroepen voeren welke taken uit? Hierbij zijn de instellingen zelf verantwoordelijk dat dit plaatsvindt binnen de geldende wettelijke kaders (volgens de Wet BIG/tuchtrecht etc.).

In de DBC-beroepentabel is de scheiding tussen beroepen en functies strikt doorgevoerd. De opgenomen lijst van beroepen op de DBC-beroepentabel is uitputtend, met uitzondering van de genoemde beroepen in categorie 3 (specialisatie/functiedifferentiatie (SF)). Hierin is namelijk vooruitlopend op de erkenning van bepaalde functies tot beroep een aantal voorbeelden van functies genoemd, die een specifieke GGZ-specialisatie vereisen én dus door partijen als beroep worden gezien. Een voorbeeld hiervan bij het verpleegkundige beroepencluster is bijvoorbeeld de SPV. Het CONO is hierin niet uitputtend. De instelling of praktijk kan onder eigen verantwoordelijkheid vergelijkbare beroepen laten registreren onder de noemer 'overig [naam betreffend beroepencluster] SF'.

DBC-BEROEPENTABEL

Beroepcode	Korte functiebeschrijving	Uitgebreide functiebeschrijving
MB	**Medische Beroepen**	**Medische beroepen**
MB.BG	*Basisberoep Gezondheidszorg (BG)*	*Basis beroep Gezondheidszorg (BG)*
MB.BG.basis	MB – Arts	Arts (waaronder Agio/ Agnio)
MB.SF	*Specialisatie/ functiedifferentiatie (SF)*	*Specialisatie / functiedifferentiatie*
MB.SF.vslarts	MB – Arts versl	Arts verslavingszorg
MB.SF.sger	MB – Soc. Geriater	Sociaal geriater

Beroepcode	Korte functiebeschrijving	Uitgebreide functiebeschrijving
MB.SF.overig	MB – SF overig	Overig medisch SF
MB.SP	*Specialisme (SP)*	*Specialisme (SP)*
MB.Sp.Psych	MB – Psychiater	Psychiater
MB Sp. Oud	MB – Specialist Ouderengeneeskunde	Specialist Ouderengeneeskunde
PT	**Psychotherapeutische beroepen**	**Psychotherapeutische beroepen**
PT.BG	*Basisberoep Gezondheidszorg (BG)*	*Basis beroep Gezondheidszorg (BG)*
PT.BG.psth	PT – psychoth	Psychotherapeut
AG	**Agogische beroepen**	**Agogische beroepen**
AG.BI	*Basisberoep initieel (BI)*	*Basis beroep gezondheidszorg (BG)*
AG.BI.mwd	AG – MWD	Maatschappelijk werkende (MWD)
AG.BI.sph	AG – SPH	Sociaal Pedagogisch Hulpverlener (SPH)
AG.BG	*Basisberoep Gezondheidszorg (BG)*	*Basis beroep Gezondheidszorg (BG)*
AG.BG.agoog	AG – agoog	Ggz-agoog
AG.SF	*Specialisatie/ functiedifferentiatie (SF)*	*SF Specialisatie / functiedifferentiatie*
AG.SF.vrstgeh	AG – verst.gehand.	Ggz-agoog
AG.SF.kjpsych	AG .kj. psychiatrie	Agoog K&J psychiatrie
AG.SF.overig	PB – SF overig	Overig agogisch SF
PB	**Psychologische beroepen**	**Psychologische beroepen**
PB.BI	*Basisberoep initieel (BI)*	*Basisberoep initieel (BI)*
PB.BI.ped	PB – Pedagoog	Pedagoog (waaronder orthopedagoog)
OV.OR.gen	PB-Orthopedagoog-generalist	Orthopedagoog-generalist (NVO)
PB.BI.gzkd	PB – Gezondheidskundige	Ggz gezondheidskundige
PB.BI.psy	PB – Psycholoog	Psycholoog (geen verdere specialisatie)
OV.KJ.psych	PB- Kinder- en jeugdpsycholoog (NIP)	Kinder- en jeugdpsycholoog (NIP)
PB.BG	*Basisgroep Gezondheidzorg (BG)*	*Basisgroep Gezondheidzorg (BG)*
PB.BG.gzpsy	PB – Gz-psycholoog	Gz-psycholoog
PB.SF	*Specialisatie/ functiedifferentiatie (SF)*	*Specialisatie / functiedifferentiatie*
PB.SF.gedrth	PB – gedragsth	Geragstherapeut
PB.SF.kjth	PB – kj.therap	K&J therapeut
PB.SF.overig	PB – SF overig	Overige psychologische SF
PB.SP	*Specialisme (SP)*	*Specialisme (SP)*
PB.SP.klinps	PB – klinpsych	Klinisch psycholoog
PB.SP.klinneuropsych	PB – klin.neuropsych	Klinisch neuropsycholoog
VK	**Vaktherapeutische beoepen**	**Vaktherapeutische beoepen**
VK.BI	*Basisberoep initieel (BI)*	*Basisberoep initieel (BI)*
VK.BI.pmt	VK – PMT	Vaktherapeut psychomotorisch (PMT)
VK.BI.ct	VK – CT	Vaktherapeut creatief (CT)
VK.BG	*Basisberoep Gezondheidszorg (BG)*	*Basis beroep Gezondheidszorg (BG)*
VK.BG.vakth	VK – Gz-vakth	Gz-vaktherapeut
VK.SF	*Specialisatie/ functiedifferentiatie (SF)*	*Specialisatie / functiedifferentiatie*
VK.SF.vakth	VK – Ggz vakth	Ggz-vaktherapeut
VK.SF.overig	VK – SF overig	Overig vaktherapeutisch SF
VB	**Verpleegkundige beroepen**	**Verpleegkundige beroepen**
VB.BG	*Basisberoep Gezondheidszorg (BG)*	*Basisberoep Gezondheidszorg (BG)*
VB.BG-vrplk	VB – verplk	Verpleegkundige (art.3)
VB.F	*Specialisatie/ functiedifferentiatie (SF)*	*Specialisatie / functiedifferentiatie*
VB.SF.spv	VB – SPV	Sociaal Psych. Verpleegkundige (SPV)
VB.SF.cpv	VB – CPV	Consultatief Psych. Verpleegkundige (CPV)
VB.SF.fvp	VB – FVP	Forensisch Psychiatrisch Verpleegkundige (FVP)
VB.SF.overig	VB – SF overig	Overig
VB.SP	*Specialisme (SP)*	*Specialisatie / functiedifferentiatie*
VB.SP.vrplsp	VB – verplk.spec	Ggz verpleegkundig specialist
OV	**Somatische beroepen (Wet BIG)**	**Somatische beroepen**
OV.BG	*Basisberoep Gezondheidszorg (BG)*	*Basisberoep Gezondheidszorg (BG)*
OV.BG.fysio	OV – Fysioth	Fysiotherapeut
OV.BG.ergo	OV – Ergoth	Ergotherapeut
OV.BG.diet	OV – Diëtist	Diëtist
OV.BG.logo	OV – Logopedist	Logopedist

Beroepcode	Korte functiebeschrijving	Uitgebreide functiebeschrijving
OV.SP	*Specialisme (SP)*	*Specialisatie / functiedifferentiatie*
OV.SP.neur	OV – neuroloog	Neuroloog
OV.SP.harts	OV – huisarts	Huisarts
OV.SP.karts	OV – kinderarts	Kinderarts
OV.SP.kger	OV – Klin.geriater	Klinisch geriater
OV.SP.artsmg	OV – Arts maatsch.gzh	Arts maatschappij en gezondheid

BIJLAGE VII – DEELPRESTATIES VERBLIJF (MET EN ZONDER OVERNACHTING)

DEELPRESTATIE VERBLIJF A (LICHTE VERZORGINGSGRAAD)	
Verblijfszorg	Deze deelprestatie verblijf is bedoeld voor GGZ patiënten met een lichte verstoring in het psychiatrisch ziektebeeld (psychisch, sociaal en somatisch functioneren), waardoor er een noodzaak tot opname is om de geneeskundige zorg te leveren. De behoefte aan begeleiding[1] door het VOV personeel[2] is beperkt. De nadruk ligt op het zelfoplossend vermogen en zelfregie van de patiënten. VOV personeel is op afstand oproepbaar. Voor zover patiënten mobiliteitsproblemen hebben vergen deze geen extra verzorging of toezicht. Wat betreft de zelfstandigheid in de ADL[3]/BDL[4] is er geen begeleiding noodzakelijk. De zelfredzaamheid van de patiënten is groot.
Inzet VOV personeel	Op deze setting wordt doorgaans niet meer dan 0,3 netto[5] fte[6] per bed/plaats ingezet.
Bedbezetting	Het merendeel van de patiënten gaat in het kader van het behandelplan regelmatig enkele dagen (weekend of doordeweeks) naar het eigen huis en maakt dan geen gebruik van de verblijfsfaciliteiten.
Toezicht/beveiliging	Patiënten kunnen zonder toestemming de setting verlaten, tenzij er vrijheidsbeperkende maatregelen zijn opgelegd.
Fysieke setting/Kenmerken huisvesting	Open setting voor basis verblijf zonder aanpassingen. Voor mobiliteit geldt een algemene toeslag voor rolstoel gebruik.

1 Onder begeleiding is mede begrepen: verzorging en bescherming/structurering
2 VOV personeel staat voor Verzorgend Opvoedkundig en Verplegend personeel en is in deze context uitwisselbaar met de term '24-uurscontinuïteitsdienst'.
3 ADL staat voor Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen (bv. wassen, aankleden, eten, toiletgang).
4 BDL staat voor Bijzondere Dagelijkse Levensverrichtingen (bv. huishoudelijk werk, koken, administratie doen, gebruikmaken van het openbaar vervoer).
5 Netto staat voor: ingeroosterd zorgverlenend VOV-personeel.
6 Fte staat voor fulltime-equivalent en staat gelijk aan 1 volledige werkweek.

DEELPRESTATIE VERBLIJF B (BEPERKTE VERZORGINGSGRAAD)	
Verblijfszorg	Deze deelprestatie verblijf is bedoeld voor GGZ patiënten met een beperkte verstoring in het psychiatrisch ziektebeeld (psychisch, sociaal en somatisch functioneren), waardoor er een noodzaak tot opname is om de geneeskundige zorg te leveren. De behoefte aan begeleiding door het VOV personeel is beperkt. De nadruk ligt op het zelfoplossend vermogen en zelfregie van de patiënten. VOV personeel is op afstand oproepbaar. Wat betreft de zelfstandigheid in de ADL/BDL is er beperkte begeleiding noodzakelijk. De zelfredzaamheid van de patiënten is groot. Wel zijn stimulatie en toezicht door het VOV personeel noodzakelijk.
Inzet VOV personeel	Op deze setting wordt doorgaans meer dan 0,3 netto fte tot en met 0,5 netto fte per bed/plaats ingezet.
Bedbezetting	Het merendeel van de patiënten gaat in het kader van het behandelplan regelmatig enkele dagen (weekend of doordeweeks) naar het eigen huis en maakt dan geen gebruik van de verblijfsfaciliteiten.
Toezicht/beveiliging	Het betreft een overwegend open setting die licht beschermend is, waar het grootste deel van de patiënten met toestemming de setting mag verlaten. Voor een deel van de patiënten geldt dat vrijheidsbeperkende maatregelen zijn opgelegd.
Fysieke setting/Kenmerken huisvesting	Open setting voor basis verblijf zonder aanpassingen. Voor mobiliteit geldt een algemene toeslag voor rolstoel gebruik.

DEELPRESTATIE VERBLIJF C (MATIGE VERZORGINGSGRAAD)	
Verblijfszorg	Deze deelprestatie verblijf is bedoeld voor GGZ patiënten met een matige verstoring in het psychiatrisch ziektebeeld (psychisch, sociaal en somatisch functioneren), waardoor er een noodzaak tot opname is om de geneeskundige zorg te leveren. De behoefte aan begeleiding door het VOV personeel is matig. De nadruk ligt op het zelfoplossend vermogen. De begeleiding wordt in de nabijheid van/in het gebouw verstrekt. Wat betreft de zelfstandigheid in de ADL/BDL is er begeleiding op aanvraag/behoefte nodig. Wel zijn beperkte begeleiding/zorg en toezicht door het VOV personeel noodzakelijk.
Inzet VOV personeel	Op deze setting wordt doorgaans meer dan 0,5 netto fte tot en met 0,7 netto fte per bed/plaats ingezet.
Bedbezetting	Het merendeel van de patiënten blijft doordeweeks dan wel in het weekend in de kliniek.
Toezicht/beveiliging	Het betreft hoofdzakelijk een open setting die matig beschermend is, waar het grootste deel van de patiënten met toestemming de setting mag verlaten. Voor een deel van de patiënten geldt dat vrijheid beperkende maatregelen zijn opgelegd.
Fysieke setting/Kenmerken huisvesting	Hoofdzakelijk open setting met geringe aanpassingen. Voor mobiliteit geldt een algemene toeslag voor rolstoel gebruik.

DEELPRESTATIE VERBLIJF D (GEMIDDELDE VERZORGINGSGRAAD)	
Verblijfszorg	Deze deelprestatie verblijf is bedoeld voor GGZ patiënten met een gemiddelde verstoring in het psychiatrisch ziektebeeld (psychisch, sociaal en somatisch functioneren), waardoor er een noodzaak tot opname is om de geneeskundige zorg te leveren. VOV Personeel is direct beschikbaar. De nadruk ligt op het aanbieden van oplossingen. Wat betreft de zelfstandigheid is er wisselende begeleiding op aanvraag/behoefte noodzakelijk. De zelfredzaamheid van de patiënten is wisselend. Wat betreft de ADL/BDL zijn begeleidende zorg en structureel toezicht noodzakelijk.
Inzet VOV personeel	Op deze setting wordt doorgaans meer dan 0,7 netto fte tot en met 1,0 netto fte per bed/plaats ingezet.
Bedbezetting	Het merendeel van de patiënten blijft doordeweeks dan wel in het weekend in de kliniek.
Toezicht/beveiliging	Vrijheid beperkende maatregelen zijn op een groot gedeelte van de patiënten van toepassing. Patiënten verblijven voornamelijk in een besloten setting die gemiddeld tot intensieve bescherming biedt.
Fysieke setting/Kenmerken huisvesting	In belangrijke mate gesloten setting met geringe aanpassingen. Voor mobiliteit geldt een algemene toeslag voor rolstoel gebruik.

DEELPRESTATIE VERBLIJF E (INTENSIEVE VERZORGINGSGRAAD)	
Verblijfszorg	Deze deelprestatie verblijf is bedoeld voor GGZ patiënten met een intensieve verstoring in het psychiatrisch ziektebeeld (psychisch, sociaal en somatisch functioneren), waardoor er een noodzaak tot opname is om de geneeskundige zorg te leveren. VOV Personeel is direct beschikbaar. Opschaling is mogelijk. De nadruk ligt op het aanbieden van oplossingen. Wat betreft de zelfstandigheid in het ADL/BDL is er structureel begeleiding op aanvraag/behoefte nodig. De zelfredzaamheid van de patiënten is wisselend. Wel is er volledige begeleidende zorg en permanent (opvoedkundig) toezicht door het VOV personeel noodzakelijk.
Inzet VOV personeel	Op deze setting wordt doorgaans meer dan 1,0 netto fte tot en met 1,3 netto fte per bed/plaats ingezet.
Bedbezetting	De patiënten blijven tijdens de duur van de behandeling in de kliniek.
Toezicht/beveiliging	Vrijheid beperkende maatregelen zijn op een groot gedeelte van de patiënten van toepassing. Patiënten verblijven veelal in een gesloten setting met matig intensieve bescherming, waarbij het grootste deel van de patiënten de setting niet zonder toestemming mag verlaten.
Fysieke setting/Kenmerken huisvesting	Overwegend gesloten setting met geringe aanpassingen. Voor mobiliteit geldt een algemene toeslag voor rolstoel gebruik.

DEELPRESTATIE VERBLIJF F (EXTRA INTENSIEVE VERZORGINGSGRAAD)	
Verblijfszorg	Deze deelprestatie verblijf is bedoeld voor GGZ patiënten met een intensieve verstoring in het psychiatrisch ziektebeeld (psychisch, sociaal en somatisch functioneren), waardoor er een noodzaak tot opname is om de geneeskundige zorg te leveren. VOV Personeel is permanent beschikbaar. In voorkomende gevallen wordt hulp door personeel andere afdelingen geboden. De nadruk ligt op het opleggen van oplossingen. Wat betreft de zelfstandigheid in het ADL/BDL is er permanente begeleiding nodig. De zelfredzaamheid van de patiënten is laag. Een gedeeltelijk overname van zorg en permanent (opvoedkundig) toezicht door VOV-personeel is noodzakelijk. Patiënten vertonen over het algemeen gedragsproblemen/agressie, dan wel verstoringen in het functioneren. In het algemeen is sprake van intensieve dagelijkse begeleiding en dagstructurering.
Inzet VOV personeel	Op deze setting wordt doorgaans meer dan 1,3 netto fte tot en met 1,7 netto fte per bed/plaats ingezet.
Bedbezetting	De patiënten blijven tijdens de gehele duur van de behandeling in de kliniek.
Toezicht/beveiliging	Vrijheid beperkende maatregelen zijn op een groot gedeelte van de patiënten van toepassing. Patiënten verblijven voor een belangrijk deel ineen gesloten setting, beschermend en beveiligd, waarbij het grootste deel van de patiënten zich niet aan het toezicht kan onttrekken.
Fysieke setting/Kenmerken huisvesting	Overwegend gesloten setting met aanpassingen voor onder andere gedragsproblematiek. Er zijn separeer- dan wel afzonderingsruimtes aanwezig. Voor mobiliteit geldt een algemene toeslag voor rolstoel gebruik.

DEELPRESTATIE VERBLIJF G (ZEER INTENSIEVE VERZORGINGSGRAAD)	
Verblijfszorg	Deze deelprestatie verblijf is bedoeld voor GGZ patiënten met een zeer intensieve verstoring in het psychiatrisch ziektebeeld (psychisch, sociaal en somatisch functioneren), waardoor er een noodzaak tot opname is om de geneeskundige zorg te leveren. VOV Personeel is permanent beschikbaar met een dubbele bezetting. De nadruk ligt op het opleggen van oplossingen. Wat betreft de zelfstandigheid in ADL/BDL is er permanente en dubbele begeleiding nodig. De zelfredzaamheid van de patiënten is zeer laag. Er is volledige overname van zorg en permanent toezicht door het VOV-personeel noodzakelijk. Patiënten vertonen over het algemeen ernstige gedragsproblemen/agressie, dan wel ernstige verstoringen in het psycho-sociale functioneren. In het algemeen is sprake van intensieve dagelijkse begeleiding en dagstructurering, met continu individueel (opvoedkundig) toezicht.
Inzet VOV personeel	Op deze setting wordt doorgaans meer dan 1,7 netto fte per bed/plaats ingezet.
Bedbezetting	De patiënten blijven tijdens de gehele duur van de behandeling in de kliniek.
Toezicht/beveiliging	Het betreft een gesloten setting, zwaar beveiligd, waarbij het grootste deel van de patiënten de setting niet mag verlaten en waar het grootste deel van de patiënten zich niet aan het toezicht kan onttrekken.
Fysieke setting/Kenmerken huisvesting	Gesloten setting met aanpassingen voor onder andere gedragsproblematiek. Er zijn separeer dan wel afzonderingsruimtes aanwezig. Voor mobiliteit geldt een algemene toeslag voor rolstoel gebruik.

DEELPRESTATIE VERBLIJF ZONDER OVERNACHTING (VZO)	
Verblijfszorg: Bij deze patiëntengroep is een klinisch verblijf met overnachting niet, maar voortgezette intensieve psychiatrische behandeling met verblijf in de instelling wel noodzakelijk. Tijdelijk worden meerdere behandelingen gedurende de dag aangeboden waarbij spreiding over de dag noodzakelijk is. Vanwege de intensiteit van deze medisch noodzakelijke behandelmomenten is aanvullende begeleiding[1] noodzakelijk om het verhoogde risico op ontregeling te beperken, dan wel adequate maatregelen te nemen zodat de psychiatrische behandeling en de stabilisatie van psychische functies succesvol kunnen verlopen. De psychiatrische stoornis heeft de sociale redzaamheid en dagritme ontregeld en begeleide dagstructuur is voorwaarde voor een succesvolle psychiatrische behandeling en stabilisatie van psychische functies. Het risico van terugval naar volledig verblijf met overnachting is aanwezig. Als onderdeel van het behandelplan is naast behandeling ook begeleiding noodzakelijk ten aanzien van cognitieve/psychische functies. Dit speelt met name bij herstel van de zelfzorg, concentratie, geheugen en denken, motivatie en het psychosociaal welbevinden.	**Inzet VOV personeel:** Het proces om te komen tot herstel van een zelfstandig geregisseerde dagstructuur wordt verzorgd door disciplines die meestal geen tijd als behandelaar schrijven in de DBC's (de VOV-functies). Bij volwassenen is primair herstel van een zelfstandig geregisseerde dagstructuur noodzakelijk voor een succesvolle behandeling. In de kinder- en jeugd dagklinieken is het milieu belangrijk voor succesvolle behandeling. De VOV is een mix van groepstherapeutisch, gedragstherapeutisch of gezinstherapeutisch medewerker. Die werken onder supervisie van een hoofdbehandelaar. Er wordt minimaal 1 uur gedurende de duur van de dagbehandeling (verspreid over de dag) ingezet[2].

1 VZO wordt gezien als een vorm van begeleiding. Het is hierdoor niet toegestaan om VZO in combinatie met specifieke begeleidingsactiviteiten (code 4.x) te registreren. Ook kan VZO, op één kalenderdag, niet met de volgende activiteiten geregistreerd worden: verpleging (code 5.x), prestatie verblijf met overnachting (code 8.8.x), dagbesteding (code 9.x) en een verrichting beschikbaarheidcomponent 24-uurs crisiszorg (code10.3).

2 Per kalenderdag kan maximaal 1 deelprestatie VZO worden geregistreerd.

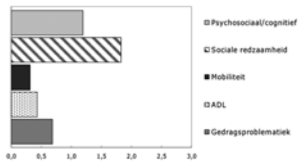
BIJLAGE VIII – PROFIELEN ZORGZWAARTEPAKKETTEN GGZ

ZZP 3B GGZ	Voortgezet verblijf met intensieve begeleiding

Patiëntprofiel

Deze patiëntgroep heeft vanwege een psychiatrische aandoening een vorm van behandeling (geneeskundige zorg) nodig die het verblijf in een instelling noodzakelijk maakt. Daarnaast is intensieve begeleiding nodig, die continu nabij is. De patiënten hebben een veilige, weinig eisende en prikkelarme verblijfsomgeving nodig die bescherming, stabiliteit en structuur biedt. De behandelaar is integraal verantwoordelijk voor het behandelplan en verblijf.
De patiënten hebben ten aanzien van hun *sociale redzaamheid* dagelijks intensieve begeleiding nodig. Er is sprake van verlies van zelfregie en van een verstoord dag- en nachtritme. Patiënten hebben grote problemen met het onderhouden van sociale relaties en het invullen van de dag. Tot deelname aan het maatschappelijk leven is men nagenoeg niet in staat en vaak ook niet in geïnteresseerd. Daarnaast zijn er forse beperkingen in de besluitnemings- en oplossingsvaardigheden en bij het initiëren en uitvoeren van eenvoudige en complexere taken. De patiënten hebben in het algemeen begeleiding nodig bij het beheren van geld en het verrichten van administratieve handelingen. Ze reizen doorgaans met begeleiding.
De patiënten hebben in het algemeen intensieve ondersteuning nodig ten aanzien van alle *cognitieve/psychische functies*.
De *aard van het behandel-/begeleidingsdoel* kan ontwikkelingsgericht zijn, zodanig dat terugkeer naar huis dan wel plaatsing in een beschermende woonomgeving mogelijk wordt. De behandeling is daarbij met name gericht op het herstel van het persoonlijk functioneren. Er is echter ook een groep patiënten die als chronisch is te beschouwen. Voor deze groep is stabilisatie en continuering van de situatie het uitgangspunt. Ook kan sprake zijn van begeleiding bij achteruitgang. Deze groep zal permanent behandeling nodig blijven hebben om verdere/nieuwe terugval te voorkomen.
Ten aanzien van *ADL* hebben de patiënten in het algemeen behoefte aan toezicht of stimulatie met betrekking tot de persoonlijke verzorging.
Ten aanzien van *mobiliteit* hebben de patiënten in het algemeen geen hulp nodig.
Bij deze patiënten kan terugkerend sprake zijn van enige *gedragsproblematiek*, maar die is hanteerbaar in de context van voortdurende begeleiding. Dit speelt met name bij reactief gedrag met betrekking tot interactie.
De *psychiatrische problematiek* bij deze patiënten variëren van passief tot actief. De psychiatrische symptomen zijn bij tijd en wijle lastig onder controle te krijgen; dan is intensivering van zorg gewenst (of bijstelling van medicatie).
De *zorgverlening* is voortdurend in de nabijheid te leveren.
De *dominante grondslag* voor dit patiëntprofiel is meestal een psychiatrische aandoening, psychische stoornis (waartoe ook verslaving behoort).

• Gemiddelde scores beperkingen



• Aard van de psychiatrische problematiek



• Behandel-/begeleidingsdoel



Functies en tijd per patiënt per week

• Verblijfszorg				• Dagbesteding	• Behandelaars (BH)	• Totaaltijd
Functie	BG	PV	VP	Indien dagbesteding: Gem. aantal dagdelen: 4 Gem. groepsgrootte: 5	Bij de zorgverlening zijn behandelaars betrokken.	Exclusief dagbesteding: 10,5 tot 13,0 uur Inclusief dagbesteding: 13,5 tot 16,5 uur
	ja	ja	ja			

Verblijfskenmerken

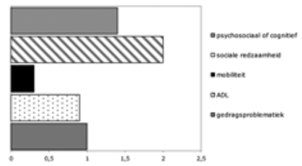
Setting: behandelafdeling
Nachtdienst: wakende wacht/in nabijheid.
Leveringsvoorwaarde: voortdurend in de nabijheid.

ZZP 4B GGZ	Voortgezet verblijf met intensieve begeleiding en verzorging

Patiëntprofiel

Deze patiëntgroep heeft vanwege een ernstige psychiatrische aandoening een vorm van behandeling (geneeskundige zorg) nodig die het verblijf in een instelling noodzakelijk maakt. Daarnaast is intensieve begeleiding plus verzorging vanwege (somatische) gezondheidsproblemen nodig. De patiënten hebben een structuur en toezicht biedende beschermende verblijfsomgeving nodig. De behandelaar is integraal verantwoordelijk voor het behandelplan en verblijf.
De patiënten hebben ten aanzien van hun *sociale redzaamheid* dagelijks intensieve begeleiding nodig. Er is sprake van verlies, van zelfregie en van een verstoord dag- en nachtritme. Patiënten hebben grote problemen met het onderhouden van sociale relaties en het invullen van de dag. Tot deelname aan het maatschappelijk leven is men niet in staat. Daarnaast zijn er forse beperkingen in de besluitnemings- en oplossingsvaardigheden en bij het initiëren en uitvoeren van eenvoudige en complexere taken. De patiënten hebben in het algemeen begeleiding nodig bij het beheren van geld en het verrichten van administratieve handelingen. Ze reizen doorgaans met begeleiding.
De patiënten hebben in het algemeen intensieve ondersteuning nodig ten aanzien van alle *cognitieve/psychische functies*.
De *aard van het behandel-/begeleidingsdoel* kan ontwikkelingsgericht zijn, zodanig dat terugkeer naar huis dan wel plaatsing in een beschermende woonomgeving mogelijk wordt. Er is echter ook een groep patiënten die als chronisch is te beschouwen. Voor deze groep is stabilisatie en continuering van de situatie het uitgangspunt. Deze groep zal permanent behandeling nodig blijven hebben om verdere/nieuwe terugval te voorkomen.
Ten aanzien van *ADL* hebben de patiënten vanwege gezondheidsproblemen vaak dagelijks behoefte aan hulp bij de persoonlijke verzorging (bijvoorbeeld als gevolg van problemen passend bij het ouder worden of door verwaarlozing van de gezondheid door het zwerven op straat).
Ten aanzien van *mobiliteit* hebben de patiënten in het algemeen geen hulp nodig.
Bij deze patiënten is sprake van *gedragsproblematiek*. De behandeling is mede gericht op het beheersbaar houden van deze gedragsproblematiek en het omgaan met defecten.
De *psychiatrische problematiek* is bij deze patiënten over het algemeen actief van aard (de psychopathologie is floride en/of er is sprake van een actieve middelen verslaving).
De *zorgverlening* is voortdurend in de nabijheid te leveren.
De *dominante grondslag* voor dit patiëntprofiel is meestal psychiatrische aandoening, psychische stoornis (waartoe ook verslaving behoort).

• Gemiddelde scores beperkingen



• Aard van de psychiatrische problematiek



• Behandel-/begeleidingsdoel



Functies en tijd per patiënt per week

• Verblijfszorg				• Dagbesteding	• Behandelaars (BH)	• Totaaltijd
Functie	BG	PV	VP	Indien dagbesteding: Gem. aantal dagdelen: 4 Gem. groepsgrootte: 5	Bij de zorgverlening zijn behandelaars betrokken.	Exclusief dagbesteding: 13,0 tot 15,5 uur Inclusief dagbesteding: 16,0 tot 19,5 uur
	ja	ja	1. ja			

Verblijfskenmerken

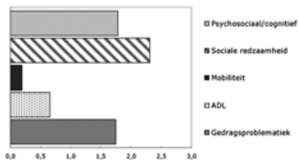
Setting: behandelafdeling (eventueel besloten karakter).
Nachtdienst: wakende wacht/in nabijheid.
Leveringsvoorwaarde: voortdurend in de nabijheid.

ZZP 5B GGZ	Voortgezet verblijf met intensieve begeleiding en gedragsregulering

Patiëntprofiel

Deze patiëntgroep heeft vanwege een ernstige psychiatrische aandoening intensieve behandeling (geneeskundige zorg) nodig die het verblijf in een instelling noodzakelijk maakt. Daarnaast is intensieve begeleiding en structurering nodig. De verblijfsomgeving moet structuur, veiligheid en bescherming bieden. De behandelaar is integraal verantwoordelijk voor het behandelplan en verblijf.
De patiënten hebben ten aanzien van hun *sociale redzaamheid* dagelijks intensieve begeleiding nodig die voortdurend nabij is, met daarnaast een sterk gestructureerde dagindeling. Patiënten zijn nauwelijks in staat sociale relaties te onderhouden en de dag in te vullen. Tot deelname aan het maatschappelijk leven is men niet in staat, noch geïnteresseerd. Daarnaast ontbreken de besluitnemings- en oplossingsvaardigheden en moet het initiëren en uitvoeren van eenvoudige en complexere taken vaak worden overgenomen. De patiënten hebben begeleiding nodig bij het beheren van geld en het verrichten van administratieve handelingen. Ze reizen met begeleiding.
De patiënten hebben intensieve ondersteuning nodig ten aanzien van alle *cognitieve/ psychische functies*.
De *aard van het behandel-/begeleidingsdoel* kan ontwikkelingsgericht zijn, zodanig dat terugkeer naar huis dan wel plaatsing in een beschermende woonomgeving mogelijk wordt. Er is echter ook een groep patiënten die als chronisch is te beschouwen. Voor deze groep is stabilisatie en continuering van de situatie het uitgangspunt. Deze groep zal permanent behandeling nodig blijven hebben om verdere/nieuwe terugval te voorkomen.
Ten aanzien van *ADL* hebben de patiënten betreffende de verschillende aspecten behoefte aan toezicht en stimulatie en/of hulp. Er kunnen somatische problemen zijn die extra aandacht vragen; als gevolg van zelfverwaarlozing.
Ten aanzien van *mobiliteit* hebben de patiënten in het algemeen geen hulp nodig.
Bij deze patiënten is sprake van ernstige *gedragsproblematiek* die, mede vanuit de behandeling, voortdurend moet worden gereguleerd. Deze patiënten doen een groot beroep op hun sociale omgeving en zetten deze voortdurend onder druk met manipulatief gedrag. Ze zijn beperkt gevoelig voor correctie, hebben weinig inzicht in hun eigen aandeel bij interactieproblemen en een relatief beperkt leervermogen. Er is sprake van verbaal agressief gedrag, manipulatief, dwangmatig, destructief en reactief gedrag met betrekking tot interactie. Er kan sprake zijn van zelfverwondend of zelfbeschadigend gedrag.
De *psychiatrische problematiek* is bij deze patiënten over het algemeen actief van aard (de psychopathologie is floride en/of er is sprake van actieve middelenverslaving). De psychiatrische symptomen zijn moeilijk onder controle te krijgen. Er is regelmatig sprake van intensivering van de behandeling en begeleiding en er is regelmatige bijstelling van de medicatie nodig.
De *zorgverlening* is voortdurend in de nabijheid te leveren.
De *dominante grondslag* voor dit patiëntprofiel is meestal een psychiatrische aandoening, psychische stoornis (waartoe ook verslaving behoort).

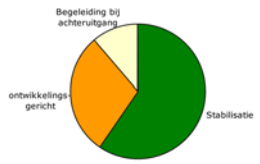
• Gemiddelde scores beperkingen



• Aard van de psychiatrische problematiek



• Behandel-/begeleidingsdoel



Functies en tijd per patiënt per week

• Verblijfszorg				• Dagbesteding	• Behandelaars (BH)	• Totaaltijd
Functie	BG	PV	VP	Indien dagbesteding: Gem. aantal dagdelen: 5 Gem. groepsgrootte: 5	Bij de zorgverlening zijn behandelaars betrokken.	Exclusief dagbesteding: 14,0 tot 17,5 uur Inclusief dagbesteding: 17,0 tot 21,0 uur
	ja	ja	ja			

Verblijfskenmerken

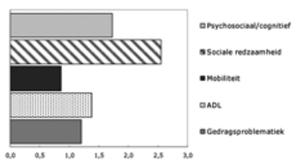
Setting: langdurige behandelafdeling met veel structuur.
Nachtdienst: wakende wacht/in nabijheid.
Leveringsvoorwaarde: voortdurend in de nabijheid.

ZZP 6B GGZ	Voortgezet verblijf met intensieve begeleiding en intensieve verpleging en verzorging

Patiëntprofiel

Deze patiëntgroep heeft vanwege een ernstige psychiatrische aandoening intensieve behandeling (geneeskundige zorg) nodig die het verblijf in een instelling noodzakelijk maakt. Daarnaast is er, in combinatie met een somatische aandoening, een lichamelijke handicap of verstandelijke beperking, intensieve begeleiding en zorg nodig. De verblijfsomgeving moet structuur, veiligheid en bescherming bieden en zijn aangepast aan de beperkingen van de patiënten (b.v. rolstoelgebruik). De behandelaar is integraal verantwoordelijk voor het behandelplan en verblijf.
De patiënten hebben ten aanzien van hun *sociale redzaamheid* dagelijks intensieve begeleiding nodig die voortdurend nabij is, met daarnaast een sterk gestructureerde dagindeling. Patiënten zijn nauwelijks in staat sociale relaties te onderhouden en de dag in te vullen. Tot deelname aan het maatschappelijk leven is men niet in staat, noch geïnteresseerd. Daarnaast ontbreken de besluitnemings- en oplossingsvaardigheden en moet het initiëren en uitvoeren van eenvoudige en complexere taken vaak worden overgenomen. De patiënten hebben begeleiding nodig bij het beheren van geld en het verrichten van administratieve handelingen. Ze reizen met begeleiding.
De patiënten hebben intensieve ondersteuning nodig ten aanzien van alle *cognitieve/ psychische functies*.
De *aard van het behandel-/begeleidingsdoel* kan ontwikkelingsgericht zijn, zodanig dat terugkeer naar huis dan wel plaatsing in een beschermende woonomgeving mogelijk wordt. Er is echter ook een groep patiënten die als chronisch is te beschouwen. Voor deze groep is stabilisatie en continuering van de situatie of begeleiding bij achteruitgang het uitgangspunt. Deze groep zal permanent behandeling nodig blijven hebben om verdere/nieuwe terugval te voorkomen of te beperken.
Met betrekking tot *ADL* is er uitgebreide behoefte aan hulp, onder andere bij het eten en drinken, bij het zich wassen en kleden, de toiletgang, eten en drinken. De patiënt is op dit gebied nagenoeg volledig zorgafhankelijk. Bij deze patiënten is tevens vaak sprake van *verpleegkundig handelen* als gevolg van fysieke gezondheidsproblemen.
Ten aanzien van *mobiliteit* is met betrekking tot het maken van transfers (in en uit bed; in en uit rolstoel) hulp nodig.
Bij deze patiënten is sprake van *gedragsproblematiek*. De behandeling is mede gericht op het beheersbaar houden van deze gedragsproblematiek.
De *psychiatrische problematiek* is bij deze patiënten over het algemeen actief van aard (de psychopathologie is floride). De psychiatrische symptomen zijn moeilijk onder controle te krijgen. Er is regelmatig sprake van intensivering van de behandeling en begeleiding en er is regelmatige bijstelling van de medicatie nodig. De behandeling is zowel gericht op de psychiatrische problematiek als op de bijkomende problematiek.
De *zorgverlening* is voortdurend in de nabijheid of 24 uur per dag direct te leveren.
De *dominante grondslag* voor dit patiëntprofiel is meestal een psychiatrische aandoening, psychische stoornis (waartoe ook verslaving behoort), in combinatie met een somatische aandoening, een lichamelijke en/of verstandelijke handicap.

• Gemiddelde scores beperkingen



• Aard van de psychiatrische problematiek



• Behandel-/begeleidingsdoel



Functies en tijd per patiënt per week

• Verblijfszorg				• Dagbesteding	• Behandelaars (BH)	• Totaaltijd
Functie	BG	PV	VP	Indien dagbesteding: Gem. aantal dagdelen: 4 Gem. groepsgrootte: 4	Bij de zorgverlening zijn behandelaars betrokken.	Exclusief dagbesteding: 19,5 tot 24,0 uur Inclusief dagbesteding: 22,5 tot 27,5 uur
	ja	ja	ja			

Verblijfskenmerken

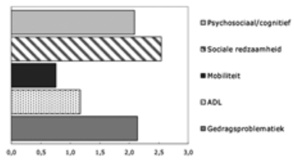
Setting: Langdurige behandelafdeling met veel structuur.
Nachtdienst: wakende wacht/in nabijheid.
Leveringsvoorwaarde: voortdurend in de nabijheid of 24 uur per dag direct aanwezig.

ZZP 7B GGZ	Beveiligd voortgezet verblijf vanwege extreme gedragsproblematiek met zeer intensieve begeleiding

Patiëntprofiel

Deze patiëntgroep heeft vanwege een zeer ernstige psychiatrische aandoening zeer intensieve behandeling (geneeskundige zorg) nodig die het verblijf in een instelling noodzakelijk maakt. Daarnaast is zeer intensieve begeleiding nodig met daarnaast intensieve verzorging, een buitengewoon gestructureerd klimaat en grote mate van beveiliging en bescherming. De verblijfsomgeving moet hier op zijn afgestemd. Er is een specifieke bouwkundige setting en specifieke beveiligingsklimaat nodig. De behandelaar is integraal verantwoordelijk voor het behandelplan en verblijf.
De patiënten hebben ten aanzien van hun *sociale redzaamheid* dagelijks zeer intensieve begeleiding nodig die voortdurend nabij is, met daarnaast een buitengewoon sterk gestructureerde dagindeling. Patiënten zijn niet in staat sociale relaties te onderhouden en de dag in te vullen. Deelname aan het maatschappelijk leven is vanwege de extreme gedragsproblematiek niet aan de orde. Verder ontbreken alle besluitnemings- en oplossingsvaardigheden en moet het initiëren en uitvoeren van eenvoudige en complexere taken volledig worden overgenomen.
De patiënten hebben intensieve ondersteuning nodig ten aanzien van alle *cognitieve/ psychische functies*.
De *aard van het behandel-/begeleidingsdoel* kan ontwikkelingsgericht zijn, zodanig dat terugkeer naar huis dan wel plaatsing in een beschermende woonomgeving mogelijk wordt. Er is echter ook een groep patiënten die als chronisch is te beschouwen. Voor deze groep is stabilisatie en continuering van de situatie het uitgangspunt. Deze groep zal permanent een behandeling nodig blijven hebben om verdere/nieuwe terugval te voorkomen.
Ten aanzien van *ADL* hebben de patiënten betreffende de verschillende aspecten behoefte aan enige hulp.
Bij deze patiënten is regelmatig tot vaak *verpleegkundig handelen* nodig (medicatie en gezondheidsbescherming).
Ten aanzien van *mobiliteit* hebben de patiënten in beperkte mate hulp nodig. Uit veiligheidsoverwegingen kan geen sprake zijn van het zelfstandig verplaatsen buitenshuis.
Deze patiënten kennen verschillende vormen van extreme *gedragsproblematiek*. Dit betreft verbaal agressief, lichamelijk agressief, destructief, manipulatief, dwangmatig, ongecontroleerd en reactief gedrag. Hierbij is continu behoefte aan hulp, toezicht of sturing. Daarbij is zelfverwondend of zelfbeschadigend gedrag eveneens te verwachten. De patiënten doen een groot beroep op hun sociale omgeving en zetten deze continu onder druk. Ze zijn ongevoelig voor correctie, hebben geen inzicht in hun eigen aandeel bij interactieproblemen en hebben een zeer beperkt leervermogen. *Ze kunnen frequent en onvoorspelbaar fors gewelddadig reageren*.
De *psychiatrische problematiek* is bij deze patiënten over het algemeen actief van aard (de psychopathologie is floride). De psychiatrische symptomen zijn moeilijk onder controle te krijgen. Er is regelmatig sprake van intensivering van de behandeling en begeleiding en er is regelmatige bijstelling van de medicatie nodig.
De *zorgverlening* is voortdurend in de nabijheid te leveren.
De *dominante grondslag* voor dit patiëntprofiel is meestal een psychiatrische aandoening, psychische stoornis (waartoe ook verslaving behoort).

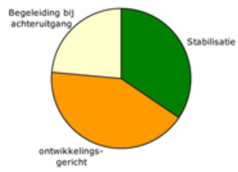
• Gemiddelde scores beperkingen



• Aard van de psychiatrische problematiek



• Behandel-/begeleidingsdoel



Functies en tijd per patiënt per week

• Verblijfszorg				• Dagbesteding	• Behandelaars (BH)	• Totaaltijd
Functie	BG	PV	VP	Indien dagbesteding: Gem. aantal dagdelen: 5 Gem. groepsgrootte: 3	Bij de zorgverlening zijn behandelaars betrokken.	Exclusief dagbesteding: 27,5 tot 33,5 uur Inclusief dagbesteding: 32,5 tot 39,5 uur
	ja	ja	ja			

Verblijfskenmerken

Setting: gesloten behandelafdeling
Nachtdienst: wakende wacht/in nabijheid.
Leveringsvoorwaarde: voortdurend in de nabijheid.

BIJLAGE IX: PRIMAIRE DIAGNOSES VOOR PARALLELLITEIT

Parallelle zorgtrajecten mogen niet in eenzelfde diagnosehoofdgroep vallen. Ook moet er sprake zijn van een substantieel andere behandeling en mag er maximaal één crisis-DBC parallel worden geregistreerd. Zie hiervoor artikel 3.1.3 van de nadere regel.
Onder diagnosehoofdgroep verstaan we een combinatie tussen de hoofdgroepen zoals deze in de DSM-IV-TR worden aangeduid, en de diagnosehoofdgroepen zoals opgenomen in de prestatiecode. In onderstaande tabel wordt aangegeven welke hoofdgroepen ontstaan wanneer deze combinatie tussen DMS-IV-TR en de prestatiecode wordt gemaakt. In totaal zijn er voor de GGZ 28 hoofdgroepen.

Parallelliteitscode GGZ: hoofdgroepen	
001	Overige stoornissen in de kindertijd
002	Pervasieve ontwikkelingsstoornissen
003	Aandachtstekortstoornissen en gedragsstoornissen
004	Psychische stoornissen door een somatische aandoening
005	Nagebootste stoornissen
006	Dissociatieve stoornissen
007	Seksuele stoornissen en genderidentiteitsstoornissen
008	Slaapstoornissen
009	Stoornissen in de impulsbeheersing
010	Bijkomende codes/ geen diagnose
011	DC:0-3 Kinder- & Jeugdstoornissen primaire diagnosen
012	Zwakzinnigheid (Stoornissen in de kindertijd)
013	Zwakbegaafdheid (Bijkomende problemen die een reden voor zorg kunnen zijn)
014	Bijkomende codes/ geen diagnose
015	DC:0-3 Kinder- & jeugdstoornissen ouder/ kindrelatiestoornissen
016	Aanpassingsstoornissen
017	Andere aandoeningen en problemen die een reden voor zorg kunnen zijn
018	Delirium, dementie en amnestische en andere cognitieve stoornissen
019	Aan alcohol gebonden stoornis
020	Overige aan een middel gebonden stoornissen
021	Schizofrenie en andere psychotische stoornissen
022	Depressieve stoornissen
023	Bipolaire en overige stemmingsstoornissen
024	Angststoornissen
025	Persoonlijkheidsstoornissen
026	Somatoforme stoornissen
027	Eetstoornissen
028	Leesstoornis